

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação de
atelectasia em cuidados intensivos

Clara de Jesus Fernandes Gonçalves

Lisboa

2016

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of dynamic movement.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação de
atelectasia em cuidados intensivos


Clara de Jesus Fernandes Gonçalves

Orientador: Professor Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, abstract graphic element.

“Qualquer perda, quando chega, vem sempre cedo demais”

Morrie Schwartz

Agradecimentos

A concretização deste trabalho não seria possível na ausência de pessoas que me ajudaram a ultrapassar alguns momentos difíceis.

É imperioso o agradecimento ao Professor Joaquim Paulo Oliveira pela orientação, disponibilidade e compreensão ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio pelo ensino, disponibilidade, paciência e promoção de momentos que facilitaram a minha aprendizagem.

Ao meu grupo de trabalho do 6º CMEER pela amizade, companheirismo e partilha.

À minha companheira de curso Dina Peças pela amizade e companhia.

À minha família e amigos pela ajuda neste processo de formação, pelo apoio, compreensão e dedicação.

Ao Artur, meu amor, obrigada por tudo.

LISTA DE SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APER	Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EAD	Exames Auxiliares de Diagnóstico
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermeiro de Reabilitação
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EVA	Escala Visual Analógica
LVM	Lesão Vertebro Medular
MIF	Medida de Independência Funcional
NHF	Necessidade Humana Fundamental
OE	Ordem dos Enfermeiros
NVPS	<i>Non Verbal Pain Scale</i>
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SDRA	Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Resumo

Atelectasia representa uma complicação respiratória frequente em cuidados intensivos. A incidência e prevalência desta patologia não estão devidamente documentadas, mas sabe-se que surge em grande percentagem nos doentes anestesiados, e pode persistir por vários dias de pós-operatório.

A redução da incidência de complicações pós-operatórias, nomeadamente atelectasia, e a melhoria da funcionalidade podem ser atingidas com programas de reabilitação. O enfermeiro de reabilitação assume um papel de destaque na prevenção e tratamento de atelectasias na pessoa em cuidados intensivos, como defendem vários autores, pelo que foi elaborado um projeto de formação nesta área.

Considerando a problemática da atelectasia em cuidados intensivos como uma realidade, foi implementado em estágio o projeto previamente elaborado, com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, de forma a responder às necessidades sensório-motoras e respiratórias junto destas pessoas. Partindo de um objetivo geral, definiram-se objetivos específicos e realizaram-se atividades em diferentes contextos, que permitiram desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro de reabilitação, como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. O estágio decorreu em contexto hospitalar e comunitário: hospitalar num serviço de cuidados intensivos de um hospital central; comunitário numa unidade de cuidados na comunidade na zona de Lisboa.

Este relatório apresenta a descrição, análise e reflexão das atividades realizadas nos dois locais estágio, intrínsecas ao desenvolvimento das competências preconizadas para o enfermeiro de reabilitação, e da sua discussão pública pretende-se obter o grau académico de Mestre neste âmbito de especialidade.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem, Atelectasia, Reabilitação, Cuidados intensivos.

Abstract

Atelectasis is a frequent respiratory complication in intensive care. The incidence and prevalence of this pathology are not properly documented, but it is known that arises in large proportion in anesthetized patients, and may persist for several days after surgery.

The reduced incidence of postoperative complications, including atelectasis, and improved functionality can be achieved with rehabilitation programs. The rehabilitation nurse plays an important role in the prevention and treatment of atelectasis in people in intensive care, as claimed by many authors, so we designed a training project in this area.

Considering the problem of atelectasis in intensive care as a reality, it was implemented in internship the elaborate design, in order to develop nursing skills specialist in rehabilitation, in order to respond to sensory-motor and respiratory needs with these people. Starting from a general goal, we defined specific goals and activities were carried out in different contexts, which allowed developing common skills of specialist and specific nursing rehabilitation, as recommended by the Order of Nurses. The internship took place in hospital and community context: hospital in a service intensive care in a central hospital; Community in a care facility in the community in the Lisbon area.

This report presents the description, analysis and reflection of the activities carried out in the two local internship, intrinsic to the development of skills recommended for rehabilitation nurse, and their public discussion is intended to obtain the academic degree of Master in this area of expertise.

Keywords: Nursing Care, Atelectasis, Rehabilitation, Intensive Care.

Índice	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	14
1.1 Definição e justificação da área temática	14
1.1.1 Impacto na Pessoa, Família e Sociedade	14
1.1.2 A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	14
1.2 Enquadramento Conceptual	17
1.2.1 A Pessoa com Atelectasia	17
1.2.2 Modelo de Enfermagem de Virgínia Henderson	18
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	21
2.1 Problema Geral e Problemas Parcelares	21
2.2 Locais de estágio	22
2.3 Definição de objetivos, descrição e análise das atividades desenvolvidas	24
2.3.1 Unidade de Cuidados Intensivos	24
2.3.2 Equipa de cuidados continuados integrados	40
2.4 Análise e reflexão relativamente às competências desenvolvidas nos períodos de estágio	53
2.5 Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICES	
Apêndice 1 Projeto de Formação	
Apêndice 2 Reflexão sobre início de estágio na UCI	
Apêndice 3 Reflexão sobre a intervenção do EEER na UCI	
Apêndice 4 Jornal de Aprendizagem: Intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia na UCI	

- Apêndice 5 Jornal de Aprendizagem: Intervenção do EEER na pessoa em situação de úlceras de pressão
- Apêndice 6 Projeto de Qualidade segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE: Intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia na UCI de um Hospital Central
- Apêndice 7 Apresentação do Projeto de Qualidade: Intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia na UCI
- Apêndice 8 Documento para avaliação da função respiratória da pessoa em contexto de UCI
- Apêndice 9 Processo de Enfermagem da Sra C.B.C.R. internada na UCI
- Apêndice 10 Jornal de Aprendizagem: Intervenção do EEER na equipa multidisciplinar de uma ECCI - contributo na referenciação de utentes na RNCCI
- Apêndice 11 Projeto de Qualidade segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE: Intervenção do EEER na qualidade de vida da criança com doença crónica, na comunidade
- Apêndice 12 Jornal de Aprendizagem: Intervenção do EEER no cuidado à pessoa e família, na comunidade
- Apêndice 13 Processo de Enfermagem do Sr. L.F.O.R. internado na ECCI

ANEXOS

- Anexo 1 Avaliação realizada pelo orientador de estágio da UCI
- Anexo 2 Avaliação realizada pelo orientador de estágio da ECCI

INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, inserido nos anos letivos 2014-2016, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi elaborado e posteriormente implementado um projeto de formação na temática: *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos*. A elaboração do projeto ocorreu no segundo semestre e a sua implementação decorreu no terceiro semestre deste curso, durante o período de estágio em dois contextos diferentes: o primeiro numa unidade de cuidados intensivos de um hospital central (nove semanas de duração) e o segundo numa equipa de cuidados continuados integrados da região de Lisboa (nove semanas de duração). As experiências vividas nestes locais e as aprendizagens realizadas, aliadas a todas as unidades curriculares que compõem este Mestrado são a base deste relatório que pretende descrever e analisar o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER.

A selecção da temática relacionou-se com motivações pessoais e profissionais. Os reduzidos conhecimentos sobre a patologia atelectasia e a sua frequência em cuidados intensivos (área de interesse pessoal) remeteram o meu projecto para esta temática.

Uma vez realizada uma revisão da literatura atual, percebi que as complicações respiratórias, nomeadamente atelectasia, são a principal causa de morbilidade e mortalidade pós-operatória. A incidência e prevalência desta patologia não estão devidamente documentadas, no entanto sabe-se que surge em 90% dos doentes anestesiados e pode persistir por vários dias de pós-operatório. O número reduzido de estudos sobre esta temática deve ser alargado pelo que considere este trabalho uma mais-valia nesse sentido.

Vários autores referem a importância da reabilitação na pessoa em situação de atelectasia, desde a avaliação inicial, intervenção precoce e específica, e reavaliação; deste modo, a realização deste trabalho vai de encontro ao que referem esses autores pois pretende enfatizar a importância do EEER perante essas pessoas.

O EEER assume um papel determinante perante a pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos, recorrendo a várias técnicas, com o objectivo de melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das vias aéreas, promover a mobilização e eliminação de secreções e favorecer o sincronismo com o ventilador. As técnicas usadas podem ser técnicas de relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios (com ênfase na inspiração), reeducação abdomino-diafragmática, ventilação dirigida, abertura costal, sincronismo com a modalidade ventilatória e insuflações com ressuscitador manual - na pessoa com ventilação endotraqueal. A manutenção da permeabilidade das vias aéreas pode ter início na hidratação, humidificação e mobilização das secreções - onde estão aconselhadas determinadas técnicas como drenagem postural e manobras acessórias (compressão, percussão e vibração). Para a eliminação das secreções é fundamental uma correta higiene brônquica e eventual aspiração das mesmas.

A evidência demonstra que a intervenção do ER ao estimular o recrutamento alveolar, melhora a capacidade ventilatória, reduz o tempo de ventilação mecânica, tempo de internamento na UCI e hospitalar, reduzindo a despesa hospitalar (Lord, Mayhew, Korupolu, Mantheiy, Friedman, Palmer, et al, 2013), o que faz todo o sentido, num universo em que cada vez mais se olha para a redução de custos.

O EEER em contexto de cuidados intensivos atua a nível das disfunções respiratórias mas também nas alterações musculares que ao longo do tempo surgem como resultado da imobilidade e consequente perda da função motora, pelo que, ao longo deste trabalho, menciono a importância da RFR e reeducação sensório-motora na pessoa em situação de cuidados intensivos.

O estágio em cuidados intensivos veio demonstrar a necessidade de um maior enfoque na preparação do doente para a alta e na articulação com a comunidade, pelo que se tornou relevante complementar esta experiência com um estágio em contexto comunitário, numa ECCI, onde tive oportunidade de acompanhar de perto a intervenção do ER na comunidade, junto do doente, família ou cuidador.

Considerando as necessidades da pessoa em situação de atelectasia, em cuidados intensivos e as necessidades da pessoa na comunidade, questionei-me sobre a intervenção perante estas pessoas e suas famílias, enquanto EEER. O que poderia fazer para o utente com alterações da função respiratória e sensório-motora

readquirir a sua saúde e bem-estar? Desta forma cheguei à questão principal deste trabalho: Quais as competências que o EEER deverá desenvolver de forma a responder às necessidades sensório-motoras e respiratórias da pessoa em situação de atelectasia em contexto de cuidados intensivos, e da pessoa na comunidade?

Como forma de dar resposta ao problema geral, defini o objectivo geral deste trabalho: desenvolver competências do EEER de forma a responder às necessidades sensório-motoras e respiratórias da pessoa em situação de atelectasia em contexto de cuidados intensivos e da pessoa na comunidade. Para alcançar este objetivo geral foi implementado o projecto em dois locais de estágio distintos, com objetivos específicos, e onde foram desenvolvidas diversas atividades que permitiram alcançar as competências comuns e específicas do ER, como preconizado pela OE.

Para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem é essencial que a prática seja baseada numa filosofia de cuidados. Para o desenvolvimento deste trabalho foi determinante o contributo do Modelo de Cuidados de Enfermagem de Virgínia Henderson, pois segundo este referencial teórico a intervenção do enfermeiro depende das necessidades do doente e do seu nível de independência. A função da enfermeira consiste em assistir a pessoa, doente ou saudável a desempenhar atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação - atividades que a pessoa realizaria se tivesse vontade, força ou conhecimento necessário. Existem três níveis de relação enfermeiro-doente, segundo Virgínia Henderson: enfermeiro que substitui o doente, enfermeiro que assiste/auxilia o doente e enfermeiro parceiro do doente. O Modelo de Enfermagem de Virgínia Henderson, pela importância que detém neste trabalho, foi desenvolvido separadamente num tópico, que pode ser consultado na página 18.

Apesar do Modelo de cuidados de enfermagem de Virgínia Henderson ter sido o modelo orientador dos cuidados aqui descritos e analisados, houve necessidade de recorrer pontualmente à Teoria das Transições de Meleis, por me ter deparado na prática, com várias situações onde a pessoa apresentava necessidades que requeriam cuidados de enfermagem e simultaneamente vivenciava fenómenos que originavam transições, que foram sempre tidas em consideração, tal como defende Meleis (2010).

Com este relatório pretendo descrever e analisar as aprendizagens concretizadas, através das intervenções realizadas durante os ensinos clínicos, pelo que considero este documento como um instrumento de análise e reflexão, para mim que o realizei e, no futuro, para quem o consultar.

Este relatório será dividido em duas partes fundamentais. Na primeira parte apresento a componente científica e formativa que serviu de alicerce para o projeto de formação (que pode ser consultado no apêndice 1) e para o presente trabalho - defino a área temática e respectiva pertinência, abordo o impacto da atelectasia na pessoa e família, e a importância do ER nesse contexto; segue-se o enquadramento conceptual onde especifico a situação da pessoa com atelectasia e o contributo do Modelo de Enfermagem de Virgínia Henderson. A segunda parte diz respeito à implementação do projeto: apresento o problema geral e problemas parcelares que serviram de referência para este trabalho, descrevo os locais de estágio, defino objetivos, descrevo e analiso as atividades desenvolvidas no sentido da sua concretização (em cada local de estágio), analiso e reflito sobre as competências desenvolvidas nos períodos de estágio; de seguida procedo à avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio: analiso os pontos fortes e fracos, apresento as dificuldades, insuficiências e limitações encontradas nos referidos contextos, apresento a avaliação do projeto e sua implementação (de uma forma geral), e por último apresento as considerações finais do relatório onde enumero as contribuições deste trabalho para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e para o avanço da Enfermagem. Ao longo do relatório remeto para anexos e apêndices alguns documentos que foram determinantes para a realização deste trabalho e para atingir com êxito os objetivos que defini para cada local de estágio.

1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

1.1 Definição e justificação da área temática

1.1.1 Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

A escolha do tema do projeto de formação desenvolvido relacionou-se com questões pessoais e profissionais. Durante as sessões letivas da unidade curricular Reabilitação I percebi que a atelectasia representa um problema respiratório frequente na pessoa em cuidados intensivos; o meu conhecimento sobre a patologia em questão era nulo mas despertou em mim grande interesse, pelo que decidi aprofundar conhecimentos nesta área. Os cuidados intensivos representam uma área de interesse pessoal e profissional, pela complexidade adjacente e pela necessidade de aprendizagem (o saber sempre mais) que me caracteriza.

As complicações respiratórias, nomeadamente atelectasia, são a principal causa de morbilidade e mortalidade pós-operatória (Rama-Maceiras, 2010; Madappa, 2011a). A incidência e prevalência desta patologia não estão devidamente documentadas (Bye, 2011; Madappa, 2011b), o que justifica a necessidade de realização de estudos nesta área, pelo que considere o meu projeto e respetiva implementação uma mais valia nesse sentido.

Sabe-se que atelectasia surge em 90% dos doentes anestesiados e pode persistir por vários dias de pós-operatório (Hedenstierna & Edmark, 2010) pelo que importa estudar de perto esta patologia e o seu impacto na pessoa e família. A redução da incidência de complicações pós-operatórias, nomeadamente atelectasia, e a melhoria da funcionalidade podem ser atingidas com programas de reabilitação (Irdesel, Aydiner & Akgoz, 2007; Silva, 2011), que são benéficos e não causam efeitos colaterais (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010) pelo que pretendo enfatizar a intervenção do EEER na prevenção e tratamento da atelectasia.

1.1.2 A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é aquele que “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação

diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”. (Regulamento nº 125/2011, Diário da República, pág. 8658). Na sua actividade, identifica as necessidades de saúde, analisa os dados sobre cada situação, formula diagnósticos, prescreve intervenções e avalia-as - permitindo assim a implementação e monitorização de planos de Enfermagem de Reabilitação - sempre orientado pelas oito categorias de enunciados descritivos previstas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: satisfação dos doentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos doentes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 350/2015, Diário da República, pág. 16656).

A pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos, requer um tratamento prioritário, onde o ER assume um papel importante (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012), recorrendo a várias técnicas que visam promover a sincronia e adaptação do doente ao ventilador, melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das vias aéreas e promover a mobilização e eliminação de secreções (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

EEER atua na promoção do sincronismo com o ventilador promovendo o relaxamento da pessoa; para tal, aconselham-se técnicas de relaxamento e posições de descanso, controlo da respiração e sincronismo com a modalidade ventilatória, exercícios de reeducação costal e abdomino-disfragmática como forma de melhorar o padrão respiratório (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

A relação ventilação/perfusão surge alterada na pessoa em cuidados intensivos e pode ser melhorada através de várias técnicas. Na pessoa com ventilação endotraqueal, as insuflações com ressuscitador manual podem ser realizadas com vista à re-expansão pulmonar (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012). Nas pessoas em condições de participar voluntariamente, o programa de reabilitação deve incidir no ensino de técnicas que promovam a expansibilidade torácica nomeadamente, técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios (com ênfase na inspiração), reeducação abdomino-diafragmática, ventilação dirigida e abertura costal (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

Manter a permeabilidade das vias aéreas representa outro foco de atuação do ER; nesse sentido, deve favorecer a hidratação e humidificação das secreções,

administração de broncodilatadores/mucolíticos (quando prescrito e necessário) ou nebulizações com soro fisiológico (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012) sempre que necessário.

A mobilização e eliminação de secreções representam muitas vezes um objectivo a atingir em reabilitação respiratória, onde o ER intervém de forma ímpar através de várias técnicas, nomeadamente: drenagem postural, manobras acessórias (compressão, percussão e vibração) e aspiração de secreções (se necessário). Higiene brônquica (posicionamento, insuflação manual, vibração e compressão torácica) também está indicada na pessoa com ventilação mecânica com presença de secreções, e é fundamental em atelectasias lobares (Stiller, 2013).

A evidência demonstra que o EEER, ao estimular o recrutamento alveolar, melhora a capacidade ventilatória, permite o desmame ventilatório precoce e diminui dias de internamento (Frias, Rodrigues & Pavia, 2012). Um estudo realizado nos hospitais norte-americanos demonstrou que o investimento precoce em programas de reabilitação nos doentes da UCI pode significar poupança efetiva, com redução do tempo de ventilação mecânica, tempo de internamento na UCI e restante internamento hospitalar, redução da despesa hospitalar e da morbilidade - deste modo, a reabilitação deve ser implementada nas primeiras 24 horas (Lord, Mayhew, Korupolu, Mantheiy, Friedman, Palmer, et al, 2013).

Recomendações brasileiras relativas à ventilação mecânica apontam que os doentes internados na UCI podem apresentar disfunções respiratórias e musculares, e ao longo do tempo podem desenvolver complicações resultantes da imobilidade. A imobilidade origina perda da função motora e da qualidade de vida, podendo ser minimizadas com instituição da mobilização precoce e reabilitação respiratória (Barbas, Ísola, Farias, Cavalcanti, Gama, Duarte, et al, 2014), deste modo, o EEER apresenta um papel determinante perante o doente em contexto de UCI.

A intervenção do ER na UCI demonstrou ser uma prática segura mesmo em doentes com entubação orotraqueal (Pereira & Guedes, 2011; Borges, Peixoto & Carvalho, 2009); embora represente uma prática recente, sabe-se que é benéfica e não causa efeitos colaterais (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010) o que mais uma vez justifica a intervenção deste profissional neste contexto.

O EEER assume um papel determinante no tratamento de atelectasias, que inclui a avaliação do doente, cinesiterapia respiratória/intervenções específicas, orientação da equipa e reavaliação (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012).

1.2 Enquadramento Conceptual

1.2.1 A Pessoa com Atelectasia

Atelectasia deriva do grego “ateles” que significa imperfeita ou incompleta e “ektasis” que significa expansão ou dilatação, e refere-se ao colapso dos alvéolos, devido a uma obstrução das vias aéreas inferiores ou deficiente ventilação pulmonar, provocando inexistência de expansão (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

As causas da atelectasia podem ser de origem obstrutiva e não obstrutiva (Madappa, 2011b):

- Atelectasia obstrutiva é a mais comum e resulta da obstrução entre a traqueia e os alvéolos; a causa deste tipo de atelectasia pode ser um tumor, corpo estranho ou a mais comum - obstrução provocada pela acumulação de secreções.
- Atelectasia não obstrutiva pode ser causada pela perda de contacto entre a pleura visceral e parietal, compressão, deficiência de surfactante ou diminuição do volume como sequela grave da substituição do parênquima por cicatrizes:
 - ✓ A perda de contacto entre a pleura visceral e parietal diz-se atelectasia passiva e é desencadeada por pneumotórax ou derrame pleural;
 - ✓ Atelectasia por compressão ocorre através de qualquer lesão ocupante de espaço no tórax que comprime o pulmão e o ar para fora dos alvéolos;
 - ✓ Atelectasia por défice de surfactante surge por aumento da tensão na superfície alveolar, o que promove o colapso alveolar - observado principalmente na SDRA;
 - ✓ Diminuição do volume como sequela grave da substituição do parênquima por cicatrizes é causada geralmente por doença granulomatosa ou pneumonia necrozante.

1.2.2 Modelo de Enfermagem de Virgínia Henderson

Para o desenvolvimento deste trabalho foi determinante o contributo do Modelo de Cuidados de Enfermagem de Virgínia Henderson, que se integra na Escola de Necessidades, segundo Meleis, citada por Kèrouac (Kèrouac, 1996), e procura esclarecer as funções da enfermagem e dos cuidados. Segundo Virgínia Henderson, a função da enfermeira incide em assistir a pessoa, doente ou saudável a desempenhar atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação, atividades essas que a pessoa realizaria se tivesse vontade, força ou conhecimento necessário, de forma a poder adquirir a independência o mais rapidamente possível (Henderson, 1994).

A escolha do modelo conceptual está relacionada com a pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos e suas necessidades, e corresponde ao modelo que melhor traduz a intervenção do ER na pessoa em contexto comunitário pois justifica o caminho que o enfermeiro percorre com o doente, ao longo do processo de reabilitação na ECCI.

Virgínia Henderson definiu no seu modelo os conceitos de Enfermagem, saúde, ambiente e pessoa (Henderson, 1994):

- Relativamente à Enfermagem, Virgínia Henderson defende que o enfermeiro tem a função única de ajudar indivíduos doentes ou saudáveis, funciona como membro de uma equipa, independente do médico (pode diagnosticar e tratar o indivíduo se a situação assim o exigir), possui conhecimentos tanto biológicos como sociais que lhe permitem avaliar as necessidades humanas fundamentais (14 componentes dos cuidados de Enfermagem). É nesta perspetiva que pretendo ajudar os doentes internados na UCI e ECCI a desenvolver a sua independência nas NHF.
- A pessoa (doente) é vista como tendo corpo e mente inseparáveis, e deve manter o equilíbrio emocional e físico, o que implica obter ajuda para readquirir independência o mais rapidamente possível. O doente não está sozinho - doente e família são uma unidade, e as suas necessidades representam as 14 componentes da Enfermagem. O apoio prestado à

família/cuidador do doente é fundamental, quer se fale numa situação aguda como é o caso dos cuidados intensivos quer em contexto comunitário, na fase de readaptação (como é o caso da ECCI).

- Saúde é vista como essencial ao funcionamento humano, é uma qualidade da vida; a promoção da saúde é mais importante do que a cura – os indivíduos irão ter e manter a sua saúde se tiverem força, desejo e conhecimentos necessários. Em cuidados intensivos importa manter a saúde mas também promove-la. Passada a fase aguda os ensinamentos para promoção da saúde são fundamentais como forma de evitar a regressão da situação da pessoa. Na ECCI a promoção da saúde tem um peso ainda maior pois pretende-se que o utente/família/cuidador adquiram o máximo de independência possível.
- No que respeita ao ambiente, os indivíduos saudáveis controlam o seu ambiente, mas a doença interfere com essa capacidade; assim, os enfermeiros devem ter formação sobre segurança, devem proteger os doentes ou minimizar as hipóteses de dano (aquisição e manutenção de equipamentos, adequação dos equipamentos), e devem avaliar os perigos dos hábitos sociais ou religiosos. Neste item importa perceber que a UCI representa uma unidade complexa onde todos os equipamentos exigem adequada manutenção. Na ECCI terei maior contacto com hábitos sociais que merecem especial atenção.

Na relação enfermeiro-doente existem três níveis de relação, segundo Virgínia Henderson: enfermeiro que substitui o doente; enfermeiro que assiste/auxilia o doente; e enfermeiro parceiro do doente. Assim, perante a pessoa com atelectasia em cuidados intensivos, numa fase aguda, o enfermeiro substitui a pessoa na satisfação das NHF; durante a convalescença, ajuda a pessoa a readquirir a sua independência; como parceiro do doente formula com este o plano de cuidados (Tomey, 2004). Os dois últimos níveis de relação poderão representar a preparação para a alta/transferência dos cuidados intensivos e articulação com os demais serviços de internamento; nestes níveis, o ER auxilia a pessoa a adquirir o máximo de independência possível. Os três níveis de independência estão bem presentes na

pessoa em contexto comunitário, onde se pretende desenvolver ao máximo a autonomia, independência e qualidade de vida, com vista à sua readaptação.

Virgínia Henderson definiu 14 necessidades comuns a todo o ser humano (NHF), que dependem da vivência pessoal e contexto sociocultural (Tomey, 2004):

1. Respirar normalmente
2. Comer e beber adequadamente
3. Eliminar os resíduos corporais
4. Movimentar-se e manter a postura correta
5. Dormir e descansar
6. Vestir-se e despir-se (escolher a roupa adequada)
7. Manter a temperatura corporal adequada, dentro dos limites normais
8. Manter a higiene do corpo e a integridade da pele
9. Evitar os perigos do ambiente
10. Comunicar com os seus semelhantes
11. Agir de acordo com as suas crenças e valores
12. Trabalhar/ocupar-se com vista a realizar-se
13. Divertir-se
14. Aprender (satisfazer a curiosidade como forma de se desenvolver)

Estas 14 NHF são de extrema importância no cuidado à pessoa com atelectasia, considerando-a de uma forma holística - a pessoa é vista como um ser único, maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo; a saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade pessoa-ambiente e não é um estado firme ou ausência de doença (Kèrouac et al., 1996). Não menosprezando esta dimensão, analisarei pormenorizadamente a NHF respirar normalmente por ser a mais alterada na pessoa em situação de atelectasia.

Segundo Virgínia Henderson, o enfermeiro trabalha com outros profissionais numa relação de interdependência – devem colaborar para cumprir o plano de cuidados, o que vai de encontro à interdisciplinaridade que se verifica na Reabilitação; a enfermagem não é estática, define-se pela interação com outros profissionais de saúde, devendo desenvolver-se de modo a responder às necessidades da sociedade (Tomey, 2004).

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

2.1 Problema Geral e Problemas Parcelares

Considerando as necessidades da pessoa em situação de atelectasia, em cuidados intensivos e as necessidades da pessoa na comunidade, questionei-me sobre a intervenção perante estas pessoas e suas famílias, enquanto enfermeira de reabilitação. O que poderia fazer para o doente com alterações da função respiratória e sensório-motora readquirir a sua saúde e bem-estar? Desta forma cheguei à questão principal que orientou o trabalho desenvolvido:

- Quais as competências que o EEER deverá desenvolver de forma a responder às necessidades sensório-motoras e respiratórias da pessoa em situação de atelectasia em contexto de cuidados intensivos, e da pessoa na comunidade?

Chegada a esta questão principal importa definir os problemas parcelares de forma a tornar exequível a intervenção - assim dividi a questão principal em quatro questões secundárias:

- Qual a intervenção do EEER perante as necessidades respiratórias da pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos?
- Qual a intervenção do EEER perante as necessidades sensório-motoras da pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos?
- Qual a intervenção do EEER perante as necessidades respiratórias da pessoa e família na comunidade?
- Qual a intervenção do EEER perante as necessidades sensório-motoras da pessoa e família, na comunidade, com vista à readaptação sócio-familiar?

Para poder dar resposta a estas questões foi fundamental encontrar locais de estágio onde pudesse implementar o meu projeto de formação: pessoas em situação de atelectasia em contexto de cuidados intensivos e pessoas na comunidade – ambas com necessidades sensório-motoras e respiratórias. Esses locais são de seguida apresentados.

2.2 Locais de estágio

É na prestação de cuidados que emerge a oportunidade de nos desenvolvermos. Enfermagem Avançada surge da aplicação na prática do que se descreve na teoria, sendo que a teoria é sempre mais linear do que a prática; deste modo, “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem aprender na teoria” (Benner, 2001, p. 61). “Mais do que fazer coisas, a prática é agir, isto é, no acto está inscrito o sentido que lhe atribui aquele que age” (Rebelo, 1997, p.3), pelo que não podemos esquecer a importância do contexto na prática de cuidados e no nosso desenvolvimento como futuros enfermeiros de reabilitação.

Os locais de estágio escolhidos tiveram em consideração a pessoa em situação de atelectasia e sua família, a pessoa em contexto comunitário, a reabilitação e os objectivos - geral e específicos - que me propus atingir.

Sendo a atelectasia frequente em doentes anestesiados e no pós-operatório, a escolha da UCI pareceu-me pertinente. Existem neste serviço três enfermeiros de reabilitação em exercício de funções (embora não exclusivamente como enfermeiros de reabilitação) que cuidam a pessoa de uma forma holística desde cuidados gerais a cuidados específicos de enfermagem de reabilitação. Neste local de estágio pretendo desenvolver competências na área da reabilitação respiratória e sensório-motora que como percebi são determinantes na recuperação do doente em cuidados intensivos.

Após contacto telefónico, visita ao local e entrevista com o enfermeiro chefe, percebi que a pessoa em situação de atelectasia é uma realidade em cuidados intensivos - no momento da entrevista dois dos oito utentes sofriam desta patologia pelo que à partida, o projecto é exequível.

Dada a complexidade do contexto de cuidados intensivos e tendo em consideração que se trata de uma área onde a minha inexperiência é uma realidade, pareceu-me pertinente uma observação mais pormenorizada do local de estágio de forma a encontrar, atempadamente, estratégias para colmatar a minha necessidade de formação nesta área. Assim, realizei um turno de observação onde pude perceber melhor a dinâmica do serviço, equipamentos utilizados e assistir de perto à

intervenção dos enfermeiros em contexto de cuidados intensivos, com especial ênfase do EEER.

O enfermeiro que me acompanhou nestas 9 semanas de estágio fez a supervisão de todas as atividades previstas para atingir os objetivos que defini e assim desenvolver as competências de enfermeiro especialista de reabilitação.

O estágio em cuidados intensivos veio demonstrar a necessidade de um maior enfoque na preparação do doente para a alta e na articulação com a comunidade, uma vez que maioritariamente se transfere o doente de cuidados intensivos para outra unidade específica hospitalar ou para um serviço de internamento também ele hospitalar; deste modo, pareceu-me relevante complementar esta experiência com um estágio numa ECCI onde fosse possível acompanhar de perto a intervenção do ER na comunidade, junto do doente, família ou cuidador.

Após contacto telefónico, marcação de entrevista e visita ao local, percebi que este local de estágio era de extrema importância pois dispõe de uma equipa de três enfermeiros especialistas de reabilitação que constituem a ECCI e prestam cuidados enquanto enfermeiros de reabilitação na comunidade, à pessoa em situação de dependência, desde cuidados gerais a cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, vendo a pessoa como um todo. A missão desta equipa é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida.

Esta ECCI funciona no seio de uma equipa multidisciplinar composta pelo médico de família de cada utente, EEER, psicólogo e assistente social. Nesta equipa o ER é o gestor de caso, responsável por cinco utentes (em média) e articula-se com a restante equipa no sentido da qualidade dos cuidados. São utentes desta ECCI pessoas com dependência funcional (temporária ou prolongada), idosos com critérios de fragilidade (dependência ou doença), incapacidade com grave impacto psicológico ou social, ou doença severa.

2.3 Definição de objetivos, descrição e análise das atividades desenvolvidas

Os enfermeiros especialistas em reabilitação são “especialistas do pormenor”, “em pequenas coisas” (Hesbeen, 2001, p. 85-87), dos pormenores que são de grande importância para aquele de quem cuidam e que, neste gesto, demonstram o conhecimento e interesse pelo outro, respeitando as ações traçadas pelo projeto de cuidados. A sua expressão não é apenas um ato, é uma capacidade de ir ao encontro do outro, maximizando as suas potencialidades, tentando que a pessoa encontre um equilíbrio no seu processo de reabilitação e que encontre no ER alguém que o consegue acompanhar e amparar neste percurso.

Para poder resolver o problema geral, defini o objectivo geral deste projecto: desenvolver competências do EEER de forma a responder às necessidades sensório-motoras e respiratórias da pessoa em situação de atelectasia em contexto de cuidados intensivos e da pessoa na comunidade.

Para alcançar o objectivo geral deste projecto torna-se pertinente a formulação de objectivos específicos que são de seguida enumerados bem como as atividades desenvolvidas para os atingir. Como os locais de estágio se demonstraram muito diferentes, delimitei objectivos para cada local de estágio como apresento seguidamente.

2.3.1 Unidade de Cuidados Intensivos

No local de estágio correspondente à UCI de um hospital central, com a duração de 9 semanas, foram definidos seis objetivos principais:

1. Compreender a dinâmica organo-funcional da UCI;
2. Compreender o contributo do EEER na equipa multidisciplinar;

Como forma de atingir estes objetivos (que considero indissociáveis), desenvolvi algumas atividades:

- Entrevistas/reuniões com o enfermeiro chefe (também ER) e enfermeiro orientador para melhor conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes na UCI;

- Realização de um turno de observação (aquando da realização do projeto de formação);
- Conhecimento e integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar da UCI;
- Reuniões informais com o enfermeiro orientador sobre a sua intervenção;
- Consulta das normas e protocolos utilizados na UCI;
- Reuniões informais com o enfermeiro orientador, para esclarecimento de dúvidas referentes ao funcionamento do serviço e articulação com outros serviços, assumindo progressivamente a função de EEER;
- Observação participada da intervenção do ER na UCI, assumindo progressivamente a função de EEER.

Segue-se a análise e reflexão das atividades realizadas:

As duas primeiras semanas de estágio tinham sido programadas para atingir estes dois objetivos, que dizem respeito à integração no espaço físico, conhecimento da organização e funcionamento do serviço, integração na equipa de saúde - conhecimento dos vários profissionais que compõem a equipa multidisciplinar e a forma como se articulam entre si, e essencialmente compreender o espaço ocupado pelo ER, assumindo gradualmente essa função. O facto de ter realizado previamente uma visita ao campo de estágio e um turno de observação para reconhecimento do local facilitou este processo de integração e foi alvo da minha primeira reflexão sobre o início de estágio na UCI (apêndice 2).

Nesta fase inicial onde procurei perceber a dinâmica do serviço e a forma como estava organizado – quer em termos de equipa de saúde que o compõe quer em termos de ligação com outros serviços, percebi que a articulação com a comunidade poderia ser uma utopia. Apesar de não ser possível articular com o contexto comunitário (todas as transferências de utentes foram realizadas para outros serviços/instituições hospitalares), dei sempre grande ênfase à comunicação com o utente/família de forma a criar um espaço de esclarecimento relativamente aos recursos que podem ser mobilizados na comunidade e à forma como podem ser mobilizados - para que não sintam que estão sozinhos nesta caminhada. Várias vezes informei famílias da importância de se articularem com os enfermeiros de reabilitação dos serviços que os podem esclarecer relativamente a recursos da

comunidade e caso haja necessidade podem sempre recorrer à assistente social (indicando o local onde podem encontrar a equipa de apoio social) para esclarecimentos adicionais. Considerando a passagem do utente/família pela UCI como correspondendo à fase aguda de doença, torna-se difícil (por vezes impossível) prever as limitações/dificuldades que vão surgir no futuro, no entanto, o alerta precoce relativamente aos recursos disponíveis representa a meu ver um dever do EEER.

3. Refletir sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa em situação de atelectasia e sua família;

Para atingir este objetivo, desenvolvi diversas atividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER;

As competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do ER estiveram sempre presentes ao longo deste percurso de estágio e foram vistas como sendo a meta a atingir.

- Promoção de momentos de esclarecimento de dúvidas e reflexão quando solicitado, assumindo a função de EEER;

Numa primeira fase do estágio considerei importante refletir sobre a intervenção do ER naquela unidade, deste modo, realizei uma reflexão após a segunda semana de estágio (apêndice 3). Esta reflexão espelha os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados nesta unidade e a forma como sofreram alteração ao longo do meu estágio. Partimos de uma fase inicial onde o ER prestava cuidados gerais ao mesmo número de utentes que os outros enfermeiros e a estes cuidados somava os cuidados de reabilitação ao/(s) utente/(es) atribuído/(os). As oportunidades de aprendizagem estavam nesta fase reduzidas àqueles utentes. Além desta situação, o enfermeiro responsável pela supervisão do meu estágio estava numa fase de transição para a coordenação do serviço, assumindo por vezes

a chefia da equipa e funções de gestão e organização do serviço, tornando-se difícil executar todas estas atividades simultaneamente. Após realização desta segunda reflexão e partilha com supervisor e chefe de serviço, a organização do serviço em termos de cuidados de reabilitação sofreu grandes alterações, uma vez que não tinha sido este o estágio idealizado. O meu supervisor deixou então de ter utentes atribuídos e segundo o chefe de serviço passou a ser responsável pela Reabilitação de todos os utentes internados naquela unidade. Nesta semana, as aprendizagens e as oportunidades de pôr em prática os conhecimentos teóricos aprendidos ocorreram de forma intensa como nunca tinha acontecido até então.

Outra alteração que resultou da minha passagem por esta UCI diz respeito aos registos de Enfermagem de Reabilitação que até então eram feitos em notas corridas (nas notas gerais). Apartir da quarta semana de estágio passamos a registar a nossa intervenção de acordo com as normas CIPE (adaptamos o padrão documental do serviço - criamos novos diagnósticos de Enfermagem e novas intervenções que retratassem a nossa intervenção especializada), o que representa grande evolução e melhoria. Lopes (2006) refere que qualquer profissional necessita de desenvolver competências para lidar com as dificuldades e até mesmo com as inquietações que lhe vão surgindo no seu quotidiano profissional. Inicialmente a criação do padrão documental foi uma dificuldade, actualmente é uma mais valia que representa e reflete a qualidade dos cuidados prestados. Posso dizer que a minha passagem por esta UCI foi produtiva para mim e para a própria unidade: possibilitou o meu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também contribuiu para o desenvolvimento da UCI pelas atividades que nela desenvolvi.

Durante o estágio em UCI foram vários os momentos onde tive oportunidade de esclarecer dúvidas a outros profissionais – recorde-me do caso da utilização de um colchão de pressão alterna nesta unidade, que implicou esclarecimento dos colegas relativamente a aspetos importantes sobre a utilização/manutenção – um exemplo claro de educação informal.

- Reflexão sobre incidentes críticos e situações chave no processo de aprendizagem;
- Elaboração de reflexão segundo o ciclo de *Gibbs* referente aos fatores inibidores e facilitadores para alcançar os objetivos propostos;

- Partilha com o EEER orientador das reflexões realizadas;

A reflexão e o diálogo diário com o supervisor e enfermeiro chefe estiveram sempre presentes durante este estágio. Numa fase inicial houve necessidade de aprofundar conhecimentos relativamente à pessoa em situação de cuidados intensivos para assim otimizar a minha intervenção como ER naquela unidade. Comprometi-me a desenvolver esses conhecimentos e fi-lo com distinção como me foi dito no final deste estágio. Os fatores facilitadores para alcançar os objetivos dizem respeito à capacidade de integração na equipa multidisciplinar, comunicação com os utentes e família, domínio das técnicas de RFR e reabilitação sensório-motora. Além da reflexão diária realizada e algumas reflexões periódicas combinadas (nomeadamente aquelas realizadas com o professor orientador), senti necessidade de registar e analisar outras pois, por vezes, era difícil/insuficiente refletir *in loco* com o grau de profundidade que as situações exigiam. Realizei nesse sentido dois jornais de aprendizagem segundo o ciclo de *Gibbs* (apêndice 4 e 5) relativamente a temas que me marcaram e obrigaram a uma reflexão mais profunda. Como defende Canário (2006), a maior parte das aprendizagens feitas pelo indivíduo não acontece na escola, “a aprendizagem de coisas que não são ensinadas, ou seja que não obedecem aos requisitos do modelo escolar, corresponde ao que de uma forma genérica se pode designar por educação não formal” (p.160) como acontece nas situações que descrevo e analiso nestes jornais.

4. Aprofundar conhecimentos relativos à patologia atelectasia – fisiopatologia, exames auxiliares de diagnóstico (EAD) e intervenções do EEER;

Este objetivo foi atingido realizando as atividades previstas anteriormente no projeto de formação:

- Consulta de bibliografia – base de dados e referenciais teóricos atualizados sobre atelectasia;
- Conhecimento das normas e protocolos referentes à pessoa com atelectasia, existentes na UCI;

- Aquisição de conhecimentos referentes à patologia atelectasia e a função do EEER na mesma;
- Elaboração de normas e/ou protocolos que visem a melhoria contínua da qualidade, se necessário;
- Conhecimento da intervenção do EEER na recuperação da pessoa em situação de atelectasia;
- Esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências com o EEER orientador;

A consulta das normas e protocolos referentes à pessoa com atelectasia, existentes na UCI não foi realizada por inexistência dessas normas/protocolos. Essa realidade associada ao resultado da revisão da literatura dos últimos 5 anos que realizei levaram-me a questionar a possibilidade de realizar um projeto de melhoria da qualidade nesta minha área de interesse (apêndice 6), seguindo os pressupostos da OE relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Parti do pressuposto que a patologia atelectasia representa um problema respiratório frequente na pessoa em cuidados intensivos, e que a sua incidência e prevalência não estão devidamente documentadas (Bye, 2011; Madappa, 2011b). Esta é uma realidade nesta UCI. Deste modo, desenvolvi um projeto de melhoria contínua da qualidade (sujeito a aprovação pela chefia, enfermeiro orientador e restantes EEER), onde descrevo a avaliação que deve ser efetuada à pessoa em contexto de cuidados intensivos de forma a podermos diagnosticar a atelectasia, e elaborei um documento para registo de utentes com a referida patologia nesta unidade – através deste registo torna-se possível o cálculo da taxa de prevalência desta patologia nesta UCI (indicador epidemiológico desconhecido na literatura). Por outro lado, sabe-se que a redução da incidência de complicações respiratórias, nomeadamente atelectasia, e a melhoria da funcionalidade podem ser atingidas com programas de reabilitação (Irdesel, Aydiner & Akgoz, 2007; Silva, 2011), que são benéficos e não causam efeitos colaterais (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010). Na revisão da literatura que realizei, obtive indicações para construção do plano de intervenção do ER perante a pessoa em situação de atelectasia nesta UCI, que vai desde a avaliação do utente/diagnóstico da atelectasia (como já referi) à formulação do plano de intervenção do ER, reformulação do plano e avaliação/reavaliação da intervenção – elaborei com estas informações um plano de intervenção onde constam atividades

com provas dadas de eficácia perante a pessoa em situação de atelectasia, podendo de certo modo normalizar a intervenção do ER perante estas pessoas. Com esta actividade torna-se possível perceber se foi eficaz a intervenção destes profissionais perante estes utentes e em quantos casos foi eficaz, obtendo desta forma a taxa de ganhos efetivos (indicador de resultado). Uma vez prevista a intervenção do ER perante a pessoa em situação de atelectasia, surge mais uma vez a questão dos registos desta intervenção especializada na plataforma SAPE. Houve necessidade de realizar alguns ajustes no padrão CIPE deste serviço - no documento desenvolvido para orientar a intervenção do ER foi criada uma coluna onde se traduzem as intervenções do ER em linguagem CIPE com os respectivos diagnósticos de enfermagem mobilizados, atitudes terapêuticas relacionadas e intervenções a que dizem respeito. Desta forma tentei colmatar as lacunas existentes nesta UCI relativamente ao diagnóstico desta patologia, tratamento, e respectivo registo de enfermagem de reabilitação.

O projeto desenvolvido diz respeito a uma primeira fase do que se adivinha um longo percurso - importa manter o registo diário desta patologia para se obterem dados fidedignos e indicadores viáveis tal como estava a ser realizado. Deixei em aberto a possibilidade de se fazerem alterações neste trabalho (caso se manifestem necessárias) assim como a possibilidade de se aplicar noutras unidades de cuidados intensivos. É obrigação do ER contribuir para a melhoria contínua da qualidade, ainda mais em áreas onde atua diariamente e com eficácia.

A organização de um *dossier* com toda a documentação actualizada e de fácil acesso foi a estratégia encontrada para dar a conhecer o projeto a toda a equipa; no entanto, surgiu a oportunidade de o apresentar publicamente numa sessão de formação em serviço. O principal objetivo da apresentação foi de encontro à divulgação do projeto a toda a equipa e à criação de um espaço onde houvesse a possibilidade de esclarecer dúvidas que pudessem existir relativamente à realização, aplicação e relevância do projeto na qualidade dos cuidados prestados (formação realizada pode ser consultada no apêndice 7). A apresentação foi um sucesso (já decorreu fora do período de estágio nesta unidade) uma vez que o grupo demonstrou interesse pelo tema apresentado e pela possibilidade de se obterem importantes indicadores, tendo esboçado motivação para a manutenção deste projeto de qualidade. Houve inclusivé um enfermeiro a manifestar interesse pela

especialidade de reabilitação, nesta vertente respiratória especialmente, demonstrando elevado agrado pelo projeto, questionando até a possibilidade de se obterem outros indicadores (tendo como população total os utentes alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação em vez da totalidade dos utentes da UCI) – situação que ficou em aberto para posterior análise.

5. Prestar cuidados especializados à pessoa em cuidados intensivos ao nível da RFR, com especial ênfase à pessoa em situação de atelectasia;

Para atingir este objetivo foram preconizadas diversas atividades e realizadas na sua totalidade:

- Prestação de cuidados individualizados à pessoa em situação de atelectasia;

Durante o meu estágio em contexto de cuidados intensivos tive oportunidade de prestar cuidados a utentes com patologias variadas (desde AVC, LVM, TCE, Estado de mal epilético, etc.). Deste modo, para avaliar cada pessoa, definir o plano de intervenção, intervir, avaliar a intervenção e redefinir (quando necessário) o plano individualizado, tive sempre necessidade de recorrer à literatura e perceber com base na evidência as intervenções mais eficazes perante determinado objetivo a atingir. A pessoa em situação de atelectasia não foi exceção nesta forma de organização e teve sempre especial destaque nos trabalhos realizados ao longo do estágio (como se verifica nos apêndices 4 e 6), por ser o tema por mim escolhido para aprofundar neste estágio e relatar no presente trabalho.

- Pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de RFR;

Esta atividade foi sendo desenvolvida ao longo do curso, desde a Unidade Curricular Enfermagem de Reabilitação I, e não se esgota pela realização do presente relatório pois percebi durante este percurso que a necessidade de aprofundar conhecimentos é uma necessidade constante. A área de RFR é de extrema complexidade e exige atualizações contínuas, razão pela qual participei nas

I Jornadas de Cuidados Respiratórios Em Enfermagem, realizadas no dia 1 e 2 de Abril de 2016 (já terminado o período de estágio e o terceiro semestre), organizadas pela Associação Científica dos Enfermeiros, no auditório do Alto dos Moínhos em Lisboa, com o tema “Gestão da doença respiratória: evidências e recomendações”. Nestas jornadas tive oportunidade de perceber e refletir sobre a realidade das doenças respiratórias em Portugal. Foi apresentado e discutido o programa nacional para as doenças respiratórias, abordado o tema da DPOC e importância do ER na gestão desta doença, discutido o tema da terapêutica inalatória nas doenças respiratórias (recomendações e boas práticas, normas de orientação clínica - que devem constituir a base da atuação de todos os profissionais de saúde), e foram divulgados vários *links* de referência que podem ser consultados pelos profissionais e aconselhados aos utentes com interesse pela área respiratória, nomeadamente “paraquenaolhefalteoar.com” onde podem consultar informações sobre doenças respiratórias e aceder facilmente a associações, sociedades e entidades da saúde nesta área respiratória. A conclusão que retirei destas jornadas é que ainda temos um longo caminho a percorrer quando se fala em reabilitação respiratória em Portugal, no entanto, a participação nestes eventos e a sequente reflexão são na minha opinião uma forma de contribuir para o desenvolvimento desta vertente. A criação do dia da reabilitação respiratória, assinalado pela primeira vez a 21 Abril de 2016, veio contribuir igualmente para o desenvolvimento desta área, ao reivindicar uma rede de reabilitação respiratória nacional de acesso universal e equitativo, alertando para os benefícios da reabilitação respiratória e para a importância de alargar o acesso a esta forma de tratamento, cuja oferta em Portugal é claramente escassa e insuficiente (Araújo, 2016).

Uma lacuna que detetei na UCI onde estagiei relaciona-se com a dificuldade em uniformizar linguagem relativamente às técnicas de RFR – muitas vezes referíamos-nos à mesma técnica com denominações diferentes. Assim, criei um documento para avaliação dos itens a ter em consideração perante a pessoa com alterações da função respiratória em contexto de cuidados intensivos e elaborei um plano de intervenção geral onde são apresentadas as intervenções/técnicas de RFR possíveis, em função dos objetivos a atingir, devidamente adequadas ao contexto real desta UCI (apêndice 8). Este trabalho foi importante na uniformização da linguagem utilizada pelos enfermeiros de reabilitação, além de orientar a avaliação

respiratória da pessoa, facilitar a elaboração e reformulação do plano de intervenção e os respetivos registos de Enfermagem de Reabilitação. No caso de se verificar uma situação de atelectasia, a esta avaliação seguia-se o cumprimento do projeto de qualidade elaborado e referido anteriormente (apêndice 6).

- Demonstração de conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações respiratórias da pessoa em situação de atelectasia;
- Avaliação da NHF respirar: avaliação da respiração, aprendizagem e aplicação da auscultação pulmonar, observação e interpretação de EAD, nomeadamente RxTx e gasimetria arterial;

Para realização com êxito destas atividades, além da pesquisa bibliográfica que efetuei, reflexões com enfermeiros de reabilitação daquela unidade, respectiva equipa médica e fisioterapeutas (que sempre me apoiaram e ajudaram no esclarecimento de dúvidas), senti necessidade de esclarecer alguns aspectos com enfermeiros de reabilitação peritos nesta área. O congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2015, organizado pela APER (de 3 a 5 de Dezembro), em Chaves, surgiu como forma de responder a esta necessidade, apesar de não corresponder a uma atividade programada. Este congresso de reabilitação apresentou como tema “O desenvolvimento Pessoal e Profissional” e posso afirmar que me identifico perfeitamente com o assunto, uma vez que este evento contribuiu muito para o meu crescimento - conhecer o que de mais recente se produz em enfermagem de reabilitação, as últimas evidências e a troca de experiências vividas nos diferentes contextos dos enfermeiros de reabilitação revelou-se de extrema importância. Tive oportunidade de frequentar um *workshop* que se intitulava: “Auscultação Pulmonar e interpretação Imagiológica”, atividade que representou o momento de maior riqueza registada em termos de aprendizagem. Este tema foi abordado por uma enfermeira perita na área de RFR que utiliza uma linguagem simples mas técnica e profissional que possibilitou descomplicar e esclarecer algumas dúvidas que eu possuía. Uma das dúvidas que esclareci diz respeito à divergência bibliográfica que encontrei relativamente à existência ou não de dois ângulos cardiofrénicos (para descrição da radiografia de tórax) – alguns pneumologistas admitem esta possibilidade (existência de ângulo cardiofrénico

direito e esquerdo) e outros falam apenas em ângulo cardiofrénico direito. Segundo esta perita, esta dúvida fez parte do seu percurso e constatou ao longo da sua vida profissional (através da sua experiência) que as duas formas estão corretas - esta divergência resulta das escolas de onde provêm os pneumologistas, no entanto considera mais correto o uso dos dois ângulos para melhor descrição da radiografia, pois na realidade eles existem. Nesta sessão de aprendizagem tive oportunidade de esclarecer dúvidas relativamente aos diversos sons pulmonares (relacionando-os com a sua localização, fase do ciclo respiratório e intensidade) e foi possível testar os meus conhecimentos ao identificar os diversos sons pulmonares que esta enfermeira nos transmitiu através de registo áudio (componente prática da sessão). Neste *workshop* tive oportunidade de consolidar conhecimentos relativamente ao exame objetivo do tórax, auscultação pulmonar e interpretação da radiografia de tórax. Relacionando este *workshop* com a pessoa em situação de atelectasia, o que se verifica na prática é uma hipomobilidade torácica (do lado afectado), na auscultação pulmonar constata-se diminuição/abolição do murmúrio vesicular, sendo a radiografia do tórax reveladora de hipotransparência da região afetada, por inexistência de ar naquela porção do pulmão.

Continuando a descrição e análise das atividades relativas ao objetivo referido no ponto 5, enumero outras que foram realizadas:

- Avaliação da pessoa em situação de atelectasia, conceção de planos, selecção, prescrição e reavaliação das intervenções com vista à recuperação da NHF respirar, com supervisão do EEER orientador;
- Discussão das alterações da NHF respirar com a pessoa e definição das estratégias a implementar, dos resultados esperados e das metas a atingir;
- Realização de técnicas de RFR que visem promover a sincronia e adaptação ao ventilador: técnicas de relaxamento e posições de descanso, controlo da respiração e sincronia com o ventilador, exercícios de respiração abdomino-diafragmática e costal (selectivos e globais);
- Realização de técnicas de RFR que visem melhorar a relação ventilação/perfusão: técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios

com ênfase na inspiração, ventilação dirigida, abertura costal seletiva e hiperinsuflação manual;

- Realização de técnicas de RFR que visem manter a permeabilidade das vias aéreas: hidratação e humidificação das secreções, administração de terapêutica inalatória, incentivo à realização de inspirações profundas, expansão/re-expansão pulmonar (se adequado à modalidade ventilatória);
- Realização de técnicas de RFR que visem promover a mobilização e eliminação de secreções: drenagem postural, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão), aspiração de secreções, hiperinsuflação manual e utilização de dispositivos auxiliares nomeadamente *Cough Assist* com supervisão do EEER orientador;
- Avaliação e reformulação do plano RFR em função dos resultados;
- Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;
- Trabalho com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área da reabilitação;

Estas atividades foram realizadas na sua totalidade ao longo do ensino clínico, adaptadas aos diversos utentes a quem prestei cuidados, numa fase inicial com uma maior supervisão por parte do enfermeiro orientador do estágio, numa fase posterior com grande autonomia e independência, assumindo o papel de ER na sua plenitude.

A demonstração destas atividades pode ser consultada no apêndice 4 - jornal de aprendizagem que retrata a intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia, e no apêndice 9 – processo de enfermagem de uma utente a quem prestei cuidados como enfermeira de reabilitação.

No jornal de aprendizagem acima referido (apêndice 4) apresento um programa de RFR que elaborei para um utente em situação de atelectasia que se demonstrou eficaz (pois resolveu-a), indo de encontro ao que nos diz a literatura. Rodrigues, Varanda & Costa (2012) afirmam que a pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos requer um tratamento prioritário, onde o ER assume um papel importante como se percebeu neste caso específico. Para tal recorre a várias técnicas que visam promover a sincronia e adaptação do doente ao

ventilador, melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das vias aéreas e promover a mobilização e eliminação de secreções (Sousa, Duque & Ferreira, 2012) – tudo isto é válido neste caso particular.

A radiografia de tórax realizada no dia seguinte (às 7h) era normal. A hipotransparência de toda a base pulmonar esquerda que antes se verificava deixara de existir (eram notórios os seios costofrénicos e cardiofrénicos) verificando-se condições respiratórias para progredir no desmame ventilatório, o que vai de encontro ao que a evidência demonstra quando refere que o ER, ao estimular o recrutamento alveolar, melhora a capacidade ventilatória, permite o desmame ventilatório precoce e diminui dias de internamento (Frias, Rodrigues & Pavia, 2012).

Um estudo realizado nos hospitais norte-americanos demonstrou que a reabilitação deve ser implementada nas primeiras 24 horas, pois o investimento precoce em programas de reabilitação nos doentes da UCI pode significar poupança efetiva, com redução do tempo da ventilação mecânica, tempo de internamento na UCI e restante internamento hospitalar, redução da despesa hospitalar e da morbilidade (Lord, Mayhew, Korupolu, Mantheiy, Friedman, Palmer, et al, 2013). Para que nesta UCI se implementasse a reabilitação nas primeiras 24h seriam necessárias algumas reformulações que incidiriam principalmente na gestão dos recursos humanos disponíveis - refiro-me à intervenção dos enfermeiros de reabilitação nesta unidade. Estes profissionais acumulam funções de coordenação, chefia de equipa, responsáveis de turno, etc., muitas vezes incompatíveis com a intervenção especializada de reabilitação. Apresentei por escrito uma reflexão sobre a intervenção do ER nesta UCI à chefia e enfermeiro orientador, onde apresento vantagens e desvantagens deste profissional fazer parte da coordenação do serviço (apêndice 3). Por um lado, a ocupação de um cargo de gestão poderá afastá-lo da prestação de cuidados; por outro lado é conhecida a importância do ER na gestão dos cuidados de saúde – a presença deste profissional neste cargo é fundamental para o acesso e sucesso dos cuidados de saúde de forma que as necessidades das pessoas sejam satisfeitas, empregando os recursos disponíveis, essencialmente em áreas onde a dependência funcional representa um problema e a independência das pessoas se afirma um desafio. Espera-se assim que este elemento seja determinante na criação de uma equipa exclusivamente dedicada à Reabilitação, constituída por profissionais capazes de acompanhar o outro no caminho que tenha

escolhido percorrer (Hesbeen, 2001) - existem os profissionais apenas não existe esta exclusividade.

A utilização do *Cough Assist* não aconteceu durante o meu estágio por vários motivos: o dispositivo era novo no serviço e os enfermeiros de reabilitação detinham pouca experiência em trabalhar com este aparelho; a equipa médica não se demonstrou muito disponível para incluir este dispositivo na prática diária da UCI; as características dos utentes eram muitas vezes incompatíveis com a utilização do referido dispositivo (grande percentagem de utentes do foro neurocirúrgico com grande instabilidade hemodinâmica e neurológica). Durante o estágio assisti a uma formação ministrada por dois enfermeiros de reabilitação daquele serviço (que tinham recebido formação da empresa que alugou o dispositivo ao serviço, e que naquele momento a transmitiram à restante equipa) com duração de 1 hora, sobre a forma de utilização do *Cough Assist*, indicações, contra indicações absolutas e relativas, e eficácia - que contribuiu para aperfeiçoar conhecimentos para melhor utilização do dispositivo (incluiu demonstração prática da utilização do dispositivo). Sugerir que esta formação fosse alargada à equipa médica como estratégia para desmistificar a utilização do dispositivo, que foi realizado já no final do meu estágio, razão pela qual desconheço a aceitação/recusa do dispositivo por parte da equipa médica. Na minha opinião importa realizar estudos relativamente à eficácia deste dispositivo em contexto de cuidados intensivos; percebi que existem vários estudos que comprovam a eficácia deste dispositivo perante a pessoa com doença neuromuscular, e escassa literatura que aborde o utente em unidades de cuidados intensivos. Havendo evidência que comprove a eficácia deste dispositivo na pessoa em cuidados intensivos acredito na adesão desta equipa ao respetivo dispositivo pois trata-se de uma equipa aprendente que se rege essencialmente pela evidência.

6. Prestar cuidados especializados à pessoa em cuidados intensivos ao nível da reeducação sensório-motora com vista à readaptação sócio-familiar;

Para que este objetivo fosse alcançado desenvolvi as seguintes atividades:

- Prestação de cuidados individualizados à pessoa em cuidados intensivos, com alterações sensório-motoras;

- Pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de reeducação sensório-motora;
- Demonstração de conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações sensório-motoras da pessoa em cuidados intensivos;
- Conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção promotores de independência, qualidade de vida e reintegração da pessoa com alterações sensório-motoras de acordo com os princípios do EEER;
- Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas de reeducação sensório-motora com vista à recuperação e readaptação da pessoa;
- Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;
- Reformulação de programas de treino sensório-motor em função dos resultados;
- Trabalho com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área da reabilitação;

A evidência demonstra que os doentes internados na UCI não apresentam apenas disfunções respiratórias mas também disfunções sensório-motoras. A imobilidade origina perda da função motora e da qualidade de vida, que podem ser minimizadas com instituição da mobilização precoce (Barbas, Ísola, Farias, Cavalcanti, Gama, Duarte, et al, 2014). Deste modo, o ER representa um papel determinante perante o doente em contexto de UCI como foi possível constatar através do processo de enfermagem apresentado no apêndice 9. No plano de cuidados apresentado, as intervenções foram delineadas para atingir os objetivos definidos e tiveram em consideração o resultado da avaliação do estado mental do utente e respetiva capacidade para colaborar no programa de reabilitação (incluindo avaliação dos pares cranianos), a avaliação da coordenação motora, força muscular, tónus muscular, amplitudes articulares, sensibilidade, equilíbrio e marcha. A intervenção inicial focou-se na realização de mobilizações passivas, passando a ser ativas assistidas e apenas ativas (nalgumas articulações) no decorrer do plano de cuidados, assistindo-se a uma evolução favorável da utente. Outra intervenção diz respeito ao posicionamento da utente (ajuda oferecida e frequência dos posicionamentos) em função das suas necessidades. Outras atividades terapêuticas foram realizadas, numa fase inicial no leito (rolar na cama, rotação controlada da

anca, ponte, carga no cotovelo, automobilizações) e posteriormente na transferência para o cadeirão (realização da técnica de 1º levante e técnica de transferência). O treino de equilíbrio e marcha foram planeados mas não realizados pois a motricidade da referida utente não o permitiu. O seguimento do plano de intervenção corresponderia ao treino de atividades de vida de acordo com a necessidade e nível de independência da utente, que não chegou a acontecer devido à sua transferência para outro serviço hospitalar.

O processo de enfermagem que apresento (apêndice 9) permitiu descrever os diferentes passos para elaboração de um programa de Reabilitação e possibilitou a sua aplicação na prática: colheita de dados, exame neurológico, exame respiratório, caracterização das necessidades reais da pessoa, elaboração do plano de cuidados e avaliação/reformulação do plano. No plano de cuidados constam as necessidades alteradas, os objetivos que defino para esta pessoa, e as intervenções propostas para atingir esses objetivos. Com a realização deste trabalho foi possível demonstrar as competências desenvolvidas neste ensino clínico em diversas áreas: área respiratória, sensório-motora, alimentação, eliminação e manutenção da integridade cutânea.

As escalas utilizadas durante este estágio foram várias e permitiram monitorizar a intervenção do ER, como preconizado pela OE, demonstrando a eficácia dos cuidados prestados. Apresento de seguida as escalas que utilizei em contexto de cuidados intensivos:

- Escala de comas de *Glasgow* foi utilizada para avaliar estado de consciência dos utentes;
- Escala de *Richmond* de Agitação-Sedação tornou-se útil na avaliação do estado de agitação/sedação dos utentes;
- Escala de *Lower* para avaliação da força muscular;
- Escala modificada de *Ashworth* para avaliar o aumento do tônus muscular;
- MIF para avaliar a capacidade funcional da pessoa;
- Índice de *Barthel* para avaliar o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida;
- Escala de *Braden* para avaliar risco de úlcera de pressão;
- Escala de *Morse* para avaliar risco de queda;

- *Non Verbal Pain Scale* para avaliação da dor no utente sedado;
- Escala Visual Analógica de dor para avaliação da dor no utente consciente;
- Escala Modificada de *Borg* para classificação da perceção da dispneia pelos utentes;

2.3.2 Equipa de cuidados continuados integrados

No local de estágio correspondente à ECCI (incluída numa UCC da zona de Lisboa), com duração de 9 semanas, foram definidos cinco objetivos fundamentais:

1. Compreender a dinâmica organo-funcional da ECCI;
2. Compreender o contributo do EEER na equipa multidisciplinar;

As atividades desenvolvidas para atingir estes objetivos foram as seguintes:

- Visita ao local e entrevista com a enfermeira coordenadora, reuniões informais com o enfermeiro orientador e consulta de documentos do serviço de forma a conhecer os recursos humanos, físicos e materiais existentes na ECCI;
- Conhecimento e integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar da ECCI;
- Consulta das normas e protocolos utilizados na ECCI;
- Integração na dinâmica organo-funcional do respetivo contexto, assumindo progressivamente a função de EEER;
- Recolha de informação pertinente que permita a articulação com outros serviços e/ou comunidade, promovendo os cuidados de enfermagem de reabilitação em parceria com o doente;
- Esclarecimento de dúvidas referentes ao funcionamento do serviço com o EEER orientador;

A equipa de Enfermagem desta ECCI sofreu alterações na sua composição ao longo do meu período de estágio. Numa fase inicial, quando realizei visita ao local de estágio (no âmbito da elaboração do projeto de formação) era constituída por três enfermeiros de reabilitação; quando o estágio teve início existiam quatro;

nas primeiras semanas a equipa viu-se reduzida a três elementos, sendo o quarto ER mobilizado e substituído por um enfermeiro especialista em saúde comunitária.

Esta ECCI está incluída numa UCC que é composta por enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e enfermeiro especialista em saúde comunitária (mais recentemente). A ECCI funciona no seio de uma equipa multidisciplinar composta pelo médico de família de cada utente admitido, psicólogo, enfermeiro e assistente social. Tanto psicólogo como assistente social estão presentes na primeira visita domiciliária realizada ao utente e família, ou na sua impossibilidade realizam uma primeira visita sempre nas primeiras 24 horas desde a admissão do utente na ECCI.

O ER assume um papel fulcral nesta equipa, é o “gestor de caso” de seis utentes (anteriormente eram cinco utentes) em situação de dependência, doença severa ou incapacidade e tem como missão ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida, prestando desde cuidados gerais de enfermagem a cuidados específicos de reabilitação. Durante quatro semanas do estágio cada ER assumiu três dos seis utentes que estavam atribuídos ao ER que foi mobilizado para outra ECCI, ficando nessa altura cada ER responsável por nove utentes (fica excluída desta regra a Enf^a Coordenadora). Quando o novo elemento da equipa de enfermagem da ECCI terminou a sua integração passou a assumir seis utentes e ser “gestor de caso” desses mesmos utentes. A enfermeira coordenadora além de desenvolver funções relacionadas com a coordenação e gestão da UCC é responsável por dois utentes que não concedeu a nenhum outro enfermeiro devido à intensidade da relação estabelecida (pessoal e profissional) e às características dos utentes/famílias em questão.

Durante este estágio foi possível compreender e refletir sobre a intervenção do ER na equipa multidisciplinar desta ECCI, tendo nesse sentido realizado um jornal de aprendizagem (apêndice 10) onde descrevo a intervenção do ER como fulcral perante a pessoa em contexto comunitário pois este elemento representa o profissional de maior proximidade e com competências que lhe conferem respostas/apoio de extrema qualidade perante essa pessoa. A lacuna vivenciada no estágio anterior, em contexto de UCI, relativamente à preparação do utente para a alta, sua reinserção e readaptação, e articulação com a comunidade, foi colmatada com a realização deste estágio. No jornal de aprendizagem acima mencionado,

manifesto a importância ímpar deste profissional no processo de referenciação dos utentes na RNCCI que como percebi é fundamental para que estes sejam devidamente encaminhados - mas ainda sujeita a inúmeros lapsos como foi possível constatar. Esta reflexão obrigou a uma investigação profunda relativamente à legislação da RNCCI, nomeadamente em relação ao decreto-Lei que lhe deu origem (nº 101/2006 que já conhecia mas não tinha presente) e aos critérios gerias de referenciação de utentes para as diversas unidades, apresentados na directiva técnica nº 1/UMCCI/2008 da ACSS. É importante que o enfermeiro da ECCI (e o ER em geral) domine estes documentos para poder dar resposta às exigências que surgem no seu dia a dia pois os utentes esperam destes profissionais não apenas

cuidados domiciliários de enfermagem (...) de natureza preventiva, curativa, reabilitação e acções paliativas (...); Cuidados de fisioterapia; Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; Apoio na satisfação das necessidades básicas; Apoio no desempenho das actividades da vida diária; Apoio nas actividades instrumentais da vida diária; (...) [como também], coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (Decreto-Lei nº 101/2006, Diário da República, p.3858).

No caso que descrevo no jornal de aprendizagem, o ER funcionou como gestor de caso entre a família e a RNCCI. Ribas e Ferraz (2010) defendem igualmente que as UCC devem servir “como gestoras da informação e dos cuidados e de centro de comunicação e articulação aberta e sem barreiras entre os vários intervenientes” (p. 194), o que implica estarmos preparados para apoiar e esclarecer o nosso utente/família sobre qualquer questão.

Na articulação com outros serviços e/ou comunidade, o ER desta ECCI faz um trabalho de parceria com a assistente social que tem grande conhecimento relativamente aos recursos de saúde e sociais possíveis de mobilizar e da forma como podem ser acionados o mais rapidamente possível, de acordo com a especificidade de cada utente/família – um exemplo claro de trabalho em equipa.

Durante este ensino clínico prestei cuidados a duas crianças em situação de doença crónica (suspeita de doença neuromuscular) que estavam a ser acompanhadas por esta equipa através de uma parceria informal realizada entre a UCC e a instituição que as acolhe. Estas crianças não estavam referenciadas para a RNCCI mas pertenciam à área de abrangência desta UCC e beneficiavam da

intervenção especializada destes profissionais pelo que foram incluídas nesta equipa. O objetivo desta parceria seria o de reduzir a frequência das idas ao serviço de urgência e dos internamentos hospitalares destas crianças (principalmente devidos a infeções respiratórias), através da intervenção especializada desta equipa multidisciplinar. As crianças apresentam um desenvolvimento infantil não adequado à idade: com 2 anos de idade sentam-se com ajuda, comunicam com gestos e emitem sons, toda a musculatura se encontra atrofiada – incluindo a musculatura respiratória, razão pela qual necessitam de cuidados especializados de RFR diariamente. Com a intervenção especializada desta equipa perante estas crianças (acontece há seis meses) conseguiu-se reduzir a taxa de internamento hospitalar destas utentes em mais de 50%. Esta UCC além do acompanhamento que faz diariamente (informalmente) a estas crianças já foi solicitada para incluir outras duas, no entanto, por não estarem compreendidas na RNCCI não foi possível admiti-las por lotação desta equipa em termos de utentes (estas crianças que já acompanha ficaram numa situação supranumérica relativamente aos 20 utentes que a equipa inclui, obrigatoriamente, provenientes da RNCCI). A experiência positiva da intervenção desta equipa, associada à crescente solicitação para apoiar outras crianças, permitiu equacionar a possibilidade de desenvolver um projeto de qualidade (segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da OE) que expusesse a intervenção do ER perante a criança em situação de doença crónica na comunidade, de forma a incluir através da RNCCI crianças em situação de doença crónica que necessitassem dos cuidados por parte desta unidade. Como já vinha para este estágio com a experiência na elaboração de um projeto de qualidade, quando surgiu a possibilidade de elaborar um novo projeto aceitei de imediato e parti logo para a investigação de práticas baseadas na evidência que comprovassem a importância da intervenção especializada do ER perante a criança em situação de doença crónica na comunidade. Partindo do pressuposto que o objectivo geral da RNCCI vai de encontro à “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei nº 101/2006, Diário da República, p. 3858), percebi que ainda não se tinha concretizado este objectivo relativamente à pediatria; no entanto, a Portaria nº343/2015 de 12 de Outubro traz-nos novas perspectivas de apoio a estas crianças, pois define as condições de instalação e funcionamento a

que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, bem como as condições a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da RNCCI destinadas a cuidados pediátricos (designadas equipas domiciliárias), previstas no artigo 12º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de Julho. As equipas domiciliárias (que esta UCC se propõem integrar), segundo esta portaria, serão responsáveis pela realização de uma avaliação multidisciplinar da criança, elaboração de um plano de intervenção individualizado, e pela prestação de cuidados

centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a crianças em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar -se de forma autónoma (Portaria nº 343/2015, Diário da República, p.8817)

Os objetivos da intervenção destas equipas domiciliárias visam garantir:

- a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais
- b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;
- c) Prestação de apoio psicoemocional;
- d) Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa;
- e) Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária, quando aplicável;
- f) Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
- g) Participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais (Portaria nº 343/2015, Diário da República, p.8817)

A literatura diz-nos que o ER assume um papel fundamental perante a criança em situação de doença crónica, ao desenvolver um processo de prestação de cuidados global que permita dar resposta às diferentes necessidades da criança e família, possibilitando reduzir sintomas, prevenir complicações, maximizar o potencial de desenvolvimento e crescimento da criança, potenciar a dinâmica familiar, favorecer a reinserção social e familiar da criança, otimizar a relação custo-benefício dos cuidados e melhorar a qualidade de vida da criança e família, tornando possível obter ganhos efetivos em saúde (Silva, Silva, Santos & Silveira, 2014). A melhoria da qualidade de vida resulta do processo de adaptação (no domínio físico,

funcional, social e emocional) por parte dos indivíduos em situação de doença crónica e de todos os que com estes vivenciam (Shapiro, 2002; Stanton, Revenson & Howard, 2007) – neste caso particular os pais, cuidadores informais, irmãos, etc. Neste sentido, podemos afirmar que o ER contribui para a melhoria da qualidade de vida da criança em situação de doença crónica pois preocupa-se “com os processos e as experiências dos seres humanos durante o percurso das transições, no qual a saúde e a percepção do bem-estar são resultados/ganhos” (Meleis & Trangentein, 1994, p.257). “A consciencialização da transição pressupõe a percepção, conhecimento e reconhecimento das mudanças que estão a ocorrer naquele momento” (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000, p.18) sendo o EEER um elemento facilitador desta consciencialização e sequente transição.

O ER assume um papel fulcral na criança em situação de doença crónica, através de uma avaliação sistemática das necessidades específicas da criança e família elabora um plano individualizado de reabilitação que possibilita maximizar a função física, cognitiva e sócio emocional, e a dinâmica familiar, utilizando estratégias de intervenção precoce (Make et al., 1998; Kelly, 2006).

Os cuidados continuados pediátricos exigem uma abordagem multidisciplinar e transversal a várias áreas, nomeadamente a saúde, o serviço social e a educação, o nível de cuidados hospitalares (intervenção altamente tecnológica) e da comunidade (intervenção de suporte). Este processo deve ser integrado desde o momento do diagnóstico da doença até à eventual morte da criança, numa rede de alta acessibilidade, intercomunicação e cooperação entre os profissionais envolvidos. Por vezes são necessários cuidados especiais, nomeadamente: aspiração, posicionamento, medicação, técnicas de alimentação, tratamentos respiratórios e reabilitação. O equipamento habitualmente usado apenas em meio hospitalar, passa a ter lugar casa, como os monitores, oxigénio, ventiladores, dispositivos para posicionamento ou marcha, aspiradores de secreções, etc. (Ribas & Ferraz, 2010). Este projeto de melhoria contínua da qualidade surge como forma de dar resposta a estas necessidades da criança em situação de doença crónica e sua família/cuidadores, desde que se encontrem reunidas as condições no domicílio para lhes serem prestados os cuidados continuados integrados de que necessitam.

O objectivo geral deste projeto (que pode ser consultado no apêndice 11) vai de encontro à normalização da intervenção da equipa multidisciplinar (envolvendo

profissionais do hospital e da comunidade) perante a criança com doença crónica. Como objetivos específicos estipulamos a conceção de uma parceria de cuidados entre as instituições hospitalares e esta UCC (no que respeita à criança em situação de doença crónica), com elaboração de programas de intervenção conjunta e criação de canais de acesso especial em situações de urgência ou mesmo de manutenção do tratamento, cobertura da prestação de cuidados continuados às crianças referenciadas nesta área de Lisboa de forma a possibilitar os seus cuidados no domicílio e redução em 50% da taxa de internamento hospitalar destas crianças – para tal pressupõe-se monitorizar a prevalência de crianças em situação de doença crónica na área de abrangência desta UCC e monitorizar a taxa de prevalência de internamento hospitalar destas crianças antes e após inclusão nesta Unidade.

O projeto realizado foi apresentado a toda a equipa da UCC, que o aprovou. Tanto a equipa de saúde infantil e pediátrica como a equipa de reabilitação consideraram o projeto de extrema importância, muito bem fundamentado e determinante para demonstrar o trabalho que já se realiza com as duas crianças em situação de doença crónica, e poder admitir outras crianças que necessitem desta intervenção especializada. No final do estágio o projeto desenvolvido estava em vias de ser apresentado à direção de Enfermagem do ACES que inclui esta UCC, o que até ao momento (Abril 2016) não aconteceu.

O registo das intervenções realizadas nestas crianças, já acompanhadas pela ECCI, era feito apenas através da plataforma SClinico. Os outros utentes tinham registos de enfermagem neste sistema e na plataforma da RNCCI. O SClinico é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos SPMS, que nasce da fusão da experiência de aplicações anteriores usadas por médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde: o SAM e o SAPE. Existem duas versões deste programa: O SClínico Hospitalar e o SClínico Cuidados de Saúde Primários – plataforma utilizada nesta ECCI. O conhecimento desta plataforma e a experiência que foi possível desenvolver ao longo deste ensino clínico relativamente a este programa, foi de grande importância pois será o próximo aplicativo a ser utilizado na instituição onde pertença sendo desta forma facilitador para a minha atividade profissional.

Neste ensino clínico, tal como no anterior, as primeiras semanas destinaram-se ao conhecimento e integração no seio da equipa multidisciplinar que compõe a ECCI, de forma a compreender numa primeira fase a dinâmica organo-funcional

deste contexto - muito diferente do contexto hospital do anterior estágio e do ambiente onde desempenho a minha atividade profissional. Esta primeira fase foi bem sucedida e passei à segunda fase onde procurei assumir gradualmente a função de enfermeira de reabilitação – inicialmente numa atitude de maior dependência relativamente à minha supervisora, numa fase posterior, incorporando o papel de enfermeira de reabilitação de forma autónoma e independente.

3. Refletir sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa e família, na comunidade;

As atividades desenvolvidas para atingir este objetivo foram as seguintes:

- Pesquisa bibliográfica sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER;
- Promoção de momentos de esclarecimento de dúvidas e reflexão quando solicitado, assumindo progressivamente a função de EEER;
- Reflexão sobre incidentes críticos e situações chave no processo de aprendizagem;
- Elaboração de reflexão segundo o ciclo de *Gibbs* referente aos fatores inibidores e facilitadores para alcançar os objetivos propostos;
- Partilha com o EEER orientador das reflexões realizadas;

Após seis semanas de estágio realizei um jornal de aprendizagem onde refleti sobre a intervenção do ER no cuidado à pessoa e família em contexto comunitário (apêndice 12). Nas situações que descrevo no referido jornal, o ER para além dos cuidados domiciliários de enfermagem de reabilitação destinados à pessoa em situação de dependência, presta apoio psicossocial e emocional, realiza sessões de educação para a saúde, ensina (instrói e treina) as técnicas necessárias para estimular o utente e dar continuidade ao processo de reabilitação ao longo do dia, apoia a família esclarecendo as dúvidas que vão surgindo no dia-a-dia (relativamente à administração de medicamentos, em relação ao apoio social, ajudas técnicas, fraldas, etc.) e apoia nas AVD e atividades instrumentais de vida diária. O facto de esta equipa disponibilizar um contacto telefónico é fundamental

pois as famílias percebem que o enfermeiro está à distância de um telefonema, o que significa que qualquer dúvida que surja pode ser facilmente e rapidamente esclarecida; desta forma sentem-se ininterruptamente apoiadas no dia-a-dia.

Durante este estágio o meu pensamento focou-se na importância que o ER demonstra ter na comunidade e na constatação da escassez de profissionais a este nível, capazes de responder atempadamente às solicitações realizadas – percebi que existiam sempre em média cinco utentes em espera para serem admitidos nesta ECCI. Os profissionais são claramente insuficientes para dar resposta ao grande número de solicitações. Não seria benéfico ajustar o número de enfermeiros neste tipo de equipas? Os utentes beneficiavam e creio que o SNS também. A intervenção ao nível comunitário parece-me ser o futuro dos cuidados de saúde em Portugal, tendo em conta a realidade demográfica: o envelhecimento da população requer só por si um contacto mais próximo e intenso da equipa de saúde com a população pois as necessidades de cuidados como bem sabemos aumentam, com isso aumenta a possibilidade das famílias se tornarem cuidadoras dos seus idosos (Matthews, Dunbar, Jacob, Serika & McDowell, 2004), e aumenta a necessidade de apoio e de cuidados continuados de proximidade. Segundo Pearlin e Zarit (1993), cuidar de um familiar idoso é cada vez mais uma experiência normativa que obriga a família a redefinir relações, obrigações e capacidades; neste sentido, o ER já tem provas dadas da importância da sua intervenção perante estas realidades.

A situação demográfica a que se assiste e a situação de dependência destes idosos representam uma transição situacional que tem implicações relacionadas com expectativas, conhecimentos, competências, bem-estar físico, psicológico e emocional (Schumaccher & Meleis, 1994) que é fundamental conhecermos pois só conhecendo podemos intervir. E quem melhor que o ER para intervir perante esta realidade? Tendo em consideração as competências gerais e específicas do ER, parece-me o profissional de excelência para dar o apoio necessário a estas pessoas no seu contexto de vida com vista à sua reabilitação, readaptação e reintegração na sociedade. Hesbeen (2001) defende que mesmo quando não é possível promover a autonomia e a resiliência, os enfermeiros de reabilitação são os profissionais que terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de contribuir para o bem-estar, para a serenidade, e ajudar a pessoa, mesmo nas situações mais dependentes, como assisti nalguns casos.

4. Prestar cuidados especializados à pessoa e família, na comunidade, ao nível da RFR;

Para atingir este objetivo foram realizadas as seguintes atividades:

- Prestação de cuidados individualizados à pessoa com alteração da NHF respirar;
- Pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área da RFR;
- Avaliação da NHF respirar: avaliação da respiração, aprendizagem e aplicação da auscultação pulmonar, observação e interpretação de exames auxiliares de diagnóstico;
- Avaliação da pessoa com alteração da NHF respirar, conceção de planos, selecção, prescrição e reavaliação das intervenções com vista à recuperação da NHF respirar, com supervisão do EEER orientador;
- Discussão das alterações da NHF respirar com a pessoa e definição das estratégias a implementar, dos resultados esperados e das metas a atingir;
- Realização de técnicas de RFR que visem promover a consciencialização e controlo da respiração: expiração com os lábios semi-cerrados e respiração diafragmática;
- Realização de técnicas de RFR que visem promover a reeducação diafragmática e costal: reeducação diafragmática, reeducação das hemicúpulas, reeducação costal global e seletiva;
- Realização de técnicas de RFR que visem manter a permeabilidade das vias aéreas: hidratação e humidificação das secreções, administração de terapêutica inalatória;
- Realização de técnicas de RFR que visem promover a mobilização e eliminação de secreções: ensino da tosse, drenagem postural, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão), técnica de expiração forçada, ciclo ativo das técnicas respiratórias e aspiração de secreções;
- Avaliação e reformulação do plano RFR em função dos resultados;
- Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;

Para o cumprimento deste objetivo com sucesso (como se verificou no decorrer do estágio), considero de extrema importância a realização do estágio anterior em contexto de cuidados intensivos, onde foi possível aperfeiçoar várias técnicas de RFR desde a avaliação da pessoa com alteração da NHF respirar até à elaboração de um plano de intervenção, aplicação e avaliação desse mesmo plano. A destreza da auscultação pulmonar e avaliação da respiração foi uma mais valia fundamental e muito aplicada neste estágio.

A pesquisa bibliográfica foi uma constante neste ensino clínico (apesar da pesquisa profunda realizada no estágio anterior) uma vez que cada patologia é muito específica no comprometimento da função respiratória de cada pessoa e tendo em conta que cada pessoa na comunidade pode sofrer de várias patologias, para poder definir as estratégias a implementar, os resultados a esperar e as metas a atingir tive necessidade de procurar e conhecer a evidência.

As técnicas que visam promover a consciencialização e controlo da respiração foram as mais realizadas neste estágio. A respiração diafragmática - técnica que contribui para reduzir o trabalho respiratório, favorecendo uma maior excursão do diafragma e melhorando a eficiência da ventilação, com melhoria das trocas gasosas e oxigenação (Kisner & Colby, 2005) foi uma constante neste estágio por ter efeitos positivos no treino de AVD e na tolerância ao esforço.

Todas as atividades que acima descrevo foram aplicadas aquando da intervenção perante as duas crianças em situação de doença crónica (pode ser consultada no apêndice 11), nomeadamente: vigilância da respiração, limpeza das vias aéreas através da realização de cinesiterapia respiratória - nebulização prévia (para manter permeabilidade das vias aéreas), exercícios de abertura costal global e selectiva (para promover a reeducação diafragmática e costal), manobras para promover a mobilização e eliminação das secreções - manobras acessórias (vibração e compressão), exercícios de expiração forçada, aspiração das secreções e vigilância das características das secreções.

5. Prestar cuidados especializados à pessoa e família, na comunidade, ao nível da reeducação sensório-motora com vista à readaptação sócio-familiar.

As atividades realizadas para atingir este objetivo foram as seguintes:

- Prestação de cuidados individualizados à pessoa com alteração da função sensório-motora;
- Pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de reeducação sensório-motora;
- Avaliação da pessoa com alterações da função sensório-motora: exame neurológico (estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha);
- Conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção promotores de independência, qualidade de vida e reintegração da pessoa com alterações sensório-motoras de acordo com os princípios do EEER. Intervenção a vários níveis:
 - ✓ Alteração da mobilidade - alteração da força muscular, tônus muscular, controlo postural e função sensorial (evitando ou diminuindo a espasticidade, estimulando a sensibilidade, treinando o equilíbrio, reeducando o mecanismo reflexo-postural, estimulando movimentos do lado afectado);
 - ✓ Treino de AVD (higiene, vestuário, alimentação, uso sanitário, transferir-se);
 - ✓ Estratégias/atividades terapêuticas (facilitação cruzada, posicionamento em padrão anti-espástico, programa de mobilizações, atividades terapêuticas: rolar, ponte, rotação controlada da anca, automobilização, carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio, levante e transferências, treino de marcha controlada);
 - ✓ Garantia da acessibilidade (entrada habitações, espaços comuns, instalação sanitária);
- Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas de reeducação sensório-motora com vista à recuperação e readaptação da pessoa de acordo com as alterações: das funções cognitivas, linguagem, motricidade facial, deglutição, eliminação intestinal e vesical, integridade cutânea, sexualidade, alteração emocional e social;
- Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;
- Reformulação de programas de treino sensório-motor em função dos resultados;

- Trabalho com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área da reabilitação;
- Participação na formação de pares, pessoa e família de acordo com as necessidades diagnosticadas.

Todas estas atividades estão espelhadas no Processo de Enfermagem que realizei em contexto comunitário (apêndice 13). Numa primeira fase do trabalho apresento a colheita de dados, segue-se a avaliação neurológica, avaliação respiratória, caracterização das NHF e respetivo planeamento de cuidados, avaliação da intervenção definida, e termino com as considerações finais.

Neste processo exponho principalmente as competências desenvolvidas ao nível da reeducação sensório motora e deglutição; no entanto, o plano de cuidados que defini para este utente não se limitou às intervenções expostas, mas dada a complexidade e limitações desta pessoa, optei por apresentar as NHF que mais se encontravam alteradas e onde a intervenção do ER se demonstrou crucial. Outras intervenções foram planeadas para outras necessidades desta pessoa – a serem colocadas em prática quando o utente apresentar outras capacidades desenvolvidas (e quando o estado de consciência e a força muscular o permitirem).

A utilização de escalas e instrumentos de medida permitiu monitorizar a intervenção do ER, como preconizado pela OE, demonstrando a eficácia dos cuidados prestados e exigindo reformulações constantes no programa de reabilitação. Com este trabalho uma conclusão que emerge é que o programa de reabilitação não é estático nem linear tal como o cuidado ao utente e família, que se espera individualizado/adaptado às suas reais necessidades. Na mesma linha de pensamento, Costa (2006) refere-se ao cuidar como um desafio à criatividade e à inovação na construção de soluções, infundidas em abordagens integradoras, dignificantes e humanizadas.

2.4 Análise e reflexão relativamente às competências desenvolvidas nos períodos de estágio

As atividades que foram realizadas ao longo destas 18 semanas de estágio (9 semanas em cuidados intensivos e 9 semanas em contexto comunitário) tornaram possível atingir todos os objetivos anteriormente apresentados e permitiram desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do enfermeiro de reabilitação. Relativamente ao conhecimento especializado do Enfermeiro, a OE apresenta quatro domínios comuns a todas as especialidades:

A - Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 - promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

B - Gestão da Qualidade

B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

C - Gestão dos Cuidados

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar;

C2 - Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;

D - Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

(Regulamento nº 125/2011, Diário da República)

O primeiro domínio de competência foi atingido tendo sempre como base a tomada de decisão da pessoa, a componente ética e o código deontológico pelo

qual se rege a Enfermagem e o meu percurso em particular. Desempenhei o papel de consultor na área de reabilitação e reconheço a minha competência nesta área de especialidade. Respeitei sempre os direitos das pessoas, promovendo o direito e acesso à informação, privacidade, respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais, respeito pela confidencialidade, segurança e dignidade da pessoa. A prova do domínio desta competência foi relatada no apêndice 5 quando reflito sobre a prestação de cuidados a um utente em situação de LVM e lhe procuro proporcionar estabilidade hemodinâmica, segurança, conforto e integridade da pele, isto é, tudo o que era possível para garantir que esta pessoa chegasse à fase de sequelas com as capacidades residuais intactas e que as limitações resultantes fossem consequência das lesões inicialmente sofridas e não o resultado de uma prestação de cuidados insuficiente ou inadequada, assim, não dei prioridade a nenhum campo em particular mas a todos de uma forma geral, com vista ao aproveitamento máximo das potencialidades desta pessoa – é este o espírito de reabilitação - além disso não seria correto tomar decisões como se de mim se tratasse (estaria a negligenciar a liberdade da pessoa). Deste modo, a minha intervenção consistiu em reconhecer as necessidades da pessoa, identificar práticas de risco e adaptar medidas preventivas, tal como se espera neste domínio de competência.

Para atingir o segundo domínio de competência, diagnostiquei a necessidade e importância de elaborar dois projetos de melhoria da qualidade, um em cada local de estágio: identifiquei, descrevi e percebi o problema que originou cada projeto de melhoria da qualidade, formulei objetivos iniciais, percebi as causas do problema, planeei e executei atividades para solucionar esse problema, defini a forma de verificar os resultados e por último propus medidas correctivas para normalizar e treinar a equipa no sentido da qualidade. Estes projetos tiveram por base a análise e revisão das práticas dos serviços onde realizei estágio, comparadas com as práticas relatadas na evidência científica com resultados comprovados na área da qualidade. Como forma de avaliar a qualidade dos cuidados que planeei, defini indicadores capazes de traduzir os resultados obtidos e a eventual necessidade de reformulação dos objetivos ou do projeto.

Durante os estágios realizados, tive sempre o cuidado de envolver o utente e família como parceiros no cuidar e na continuidade de cuidados, como pode ser consultado no apêndice 12; a educação do cliente e família são estratégias fundamentais para assegurar medidas preventivas, promover adesão à saúde e contribuir para o desenvolvimento da literacia em saúde.

O terceiro domínio de competência foi atingido desempenhando gradualmente a função de ER, sempre em articulação com a equipa de saúde, colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar e no trabalho em equipa. A referenciação de um utente da ECCI para outra unidade da RNCCI (para descanso do cuidador) é uma prova que revela atingida esta competência. Reconhecer e compreender os diferentes papéis e funções de todos os membros da equipa foi fundamental para atingir este nível de competência e criar um ambiente favorável à prática de cuidados que envolva toda a equipa, nomeadamente, equipa médica, equipa de fisioterapia, assistente social e psicóloga.

O domínio da gestão de cuidados esteve presente na situação alvo de reflexão no apêndice 5, onde sugeri, providenciei e apliquei um colchão de pressão alterna num utente com LVM. Naquele momento houve necessidade de educação informal aos pares relativamente à utilização e manutenção daquele equipamento, depois de diagnosticada essa necessidade.

O domínio correspondente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi desenvolvido através da análise das práticas (as minhas, dos meus orientadores e restante equipa) e explanado através das reflexões e jornais de aprendizagem realizados. O meu auto-conhecimento sofreu grande desenvolvimento durante os ensinamentos clínicos realizados. O reconhecimento dos meus limites pessoais e profissionais foi fundamental e crucial no final do estágio em contexto comunitário onde tive necessidade de gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente, quando esta experiência se aproximou do final. A pesquisa bibliográfica e a prática baseada na evidência nortearam sempre a minha intervenção e orientaram o meu pensamento.

Relativamente ao conhecimento especializado específico do enfermeiro de reabilitação, a OE apresenta três competências específicas, que foram atingidas ao longo destes ensinamentos clínicos (e que se vão aprimorando com o desenvolvimento da prática especializada em enfermagem de reabilitação):

J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

(Regulamento nº 125/2011, Diário da República)

A primeira competência esteve sempre retratada no cuidado à pessoa (em situação de cuidados intensivos e em contexto comunitário) aquando da sua avaliação e diagnóstico das alterações das NHF (que determinam limitação da atividade e incapacidades), conceção de planos de intervenção, implementação dos planos, avaliação dos resultados das intervenções realizadas e reformulação (se necessário) dessas mesmas intervenções. Estes itens foram devidamente organizados e constituíram o processo de enfermagem de cada utente; o objetivo do processo assenta na satisfação das necessidades de cada pessoa, promoção da saúde, bem-estar, autocuidado, readaptação funcional e prevenção de complicações (OE, 2012). O apêndice 9 e 13 provam o desenvolvimento desta competência (processos de enfermagem realizados em contexto de cuidados intensivos e em contexto comunitário).

A segunda competência foi atingida ao elaborar programas de treino de AVD, com o objetivo de promover a adaptação da pessoa às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida subjacentes, utilizando ajudas técnicas e ensinando técnicas específicas de auto cuidado. A identificação de barreiras arquitetónicas e a orientação para a sua eliminação (no domicílio da pessoa) foram estratégias utilizadas para promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa em contexto comunitário. O estágio na ECCI permitiu desenvolver competências relacionadas com a reinserção da pessoa e

readaptação ao seu contexto real já que o estágio em contexto de cuidados intensivos se revelou insuficiente neste sentido. Esta competência foi desenvolvida diariamente na ECCI ao prestar cuidados à pessoa em contexto comunitário e está documentada nos apêndices 12 e 13 (jornal de aprendizagem e processo de enfermagem) que documentam a minha intervenção perante a pessoa e família em contexto comunitário.

A terceira competência desenvolveu-se ao longo de todo este curso de especialização em enfermagem de reabilitação e aplicou-se nos dois campos de estágio onde fui capaz de conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino motor, respiratório e de eliminação, de acordo com os objetivos definidos para cada pessoa. A utilização de escalas foi fundamental nesse processo pois permitiu numa primeira fase avaliar as capacidades da pessoa, e numa segunda fase demonstrar a sua evolução ao longo do programa de reabilitação. Para melhor compreender o desenvolvimento desta competência pode ser consultado o apêndice 9 e 13 – processos de enfermagem realizados nos dois contextos de prestação de cuidados.

O meu desempenho durante os períodos de estágio foi alvo de uma avaliação produzida pelos orientadores de cada local. Essa avaliação assegura que os objetivos definidos para o estágio em cuidados intensivos e em contexto comunitário foram atingidos, e as competências comuns e específicas inerentes ao perfil do enfermeiro de reabilitação foram alcançadas. As referidas avaliações podem ser consultadas nos anexos 1 e 2.

2.5 Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio

A realização do projeto de formação e a sua operacionalização quer em contexto de cuidados intensivos perante a pessoa em situação de doença aguda, quer em contexto comunitário, contribuíram para que este terceiro semestre deste curso de Pós - Licenciatura de especialização em Enfermagem de Reabilitação se desenvolvesse com sucesso. Este percurso académico foi norteado pelo Modelo de Cuidados de Enfermagem de Virgínia Henderson, que me amparou em todos os momentos na prestação de cuidados de enfermagem. Os conceitos de Enfermagem, saúde, ambiente e pessoa orientaram sempre a minha conduta, no entanto, senti necessidade em algumas situações de recorrer à Teoria das Transições de Meleis, por me ter deparado com situações onde a pessoa apresentava necessidades que requeriam cuidados de enfermagem e simultaneamente vivenciava fenómenos que originam transições, que não podiam ser ignorados, como refere Meleis (2010).

Os objetivos definidos para os estágios foram atingidos na sua totalidade, tanto em contexto de cuidados intensivos como na ECCI. Esses objetivos foram atingidos através da realização das atividades antes planeadas no projeto de formação realizado e concretizadas nestes dois locais de estágio. Realizei outras atividades que não estavam planeadas mas cuja possibilidade de realização ocorreu nos dois locais de estágio e contribuiu para que os diversos objetivos fossem atingidos com maior sucesso – refiro-me nomeadamente à frequência do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, participação nas I Jornadas de Cuidados Respiratórios Em Enfermagem e à realização de um projeto de melhoria da qualidade em contexto comunitário.

A experiência em cuidados intensivos foi determinante para a realização deste trabalho na temática da pessoa em situação de atelectasia, onde desenvolvi diversas intervenções no sentido da prevenção e tratamento desta patologia. Neste estágio, a compreensão da dinâmica de funcionamento do serviço foi bem sucedida – integrei-me sem dificuldade na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar assumindo progressivamente o papel de ER, apesar das características desta UCI e apesar das várias transições que aconteciam simultaneamente no referido contexto; posso referir que assisti ao “nascimento” da reabilitação naquela unidade. A articulação com os serviços da comunidade representou uma lacuna neste primeiro

local de estágio - os utentes/família eram esclarecidos relativamente aos recursos disponíveis, no entanto, como não se transferiram utentes para o domicílio/comunidade, senti a necessidade de um maior enfoque nesta área em contexto comunitário (estágio sequente). No estágio correspondente à ECCI, esta dimensão foi devidamente trabalhada e tive a possibilidade de assegurar uma adequada e bem sucedida continuidade de cuidados, particularmente os de Enfermagem de Reabilitação. Neste segundo local de estágio a compreensão da dinâmica de funcionamento do serviço e a integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar foi exemplar; fiz parte de uma equipa fenomenal onde tive oportunidade de assumir o papel de EEER, sem dificuldade.

Todos os restantes parâmetros de avaliação da prática clínica foram atingidos com sucesso em ambos os contextos de estágio. Avaliei todos os utentes a quem diagnostiquei a necessidade de cuidados de reabilitação e defini objetivos de acordo com a complexidade e singularidade de cada pessoa; avaliei o potencial de reabilitação de cada utente e elaborei planos de cuidados personalizados, mobilizando todos os recursos possíveis de forma a garantir a qualidade dos cuidados; avaliei a eficácia das intervenções que defini para atingir cada objetivo e reformulei os planos de cuidados sempre que se manifestou necessário, documentando sempre as minhas intervenções e decisões - recorri a todas as fontes de informação pertinentes e acompanhei sempre as pessoas que cuidei no seu processo de reabilitação.

Em ambos os estágios revelei interesse pela aprendizagem, crescente autonomia e responsabilidade, capacidade de organização e espírito crítico – identifiquei e estive presente em situações de aprendizagem de crescente complexidade e demonstrei capacidade para cuidar de um número crescente de doentes, organizando o meu trabalho de modo eficiente. A avaliação qualitativa de cada local de estágio teve uma classificação final de Muito Bom (auto e heteroavaliação).

Os pontos fortes neste percurso relacionam-se com os conhecimentos que adquiri relativamente à intervenção do ER e sobre a especialidade de enfermagem de reabilitação. Os cuidados de enfermagem estiveram associados a momentos de reflexão, e sempre baseados na evidência. A relação empática que estabeleci com a pessoa/família e a prestação de cuidados centrada nestes elementos possibilitaram

atingir e manter um elevado nível de motivação no processo de reabilitação (tanto da minha pessoa como do utente e família). O acompanhamento no processo de reabilitação e o ensino à pessoa e família permitiram prevenir complicações, promover a saúde e adquirir independência (o mais rapidamente possível) no processo de reabilitação, como defende Virgínia Henderson.

As atividades realizadas durante os ensinamentos clínicos favoreceram o desenvolvimento de competências, numa fase inicial numa atitude de maior dependência dos orientadores do local de estágio, numa fase posterior de forma independente, assumindo o papel de ER no seio da equipa multidisciplinar. O respeito pelos valores da pessoa, normas, crenças e cultura esteve sempre presente na relação terapêutica que estabeleci com o utente/família. A capacidade de comunicar e a relação de empatia foram ferramentas que utilizei e desenvolvi neste processo de aprendizagem; estas ferramentas assumiram grande importância na satisfação das necessidades da pessoa e família. A escuta esteve sempre presente no processo de comunicação pela importância que assume: escutar também é um cuidado, não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio ao lado, utilizar gestos que manifestem aceitação e estimulem a expressão de sentimentos vivenciados pelo doente/família (OE, 2013).

No decorrer dos ensinamentos clínicos deparei-me com algumas dificuldades e limitações que me obrigaram a refletir e desenvolver o espírito crítico. O desenvolvimento da capacidade reflexiva e analítica durante este percurso permitiu identificar as dificuldades, e descobrir estratégias para as ultrapassar, com vista à melhoria do meu desempenho e reformulação da minha identidade, numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional.

No local de estágio correspondente à UCI, numa fase inicial, o ER prestava cuidados gerais ao mesmo número de utentes que os outros enfermeiros, e a estes somava os cuidados de reabilitação. As oportunidades de aprendizagem naquela fase estavam reduzidas àqueles utentes. Além desta situação, o enfermeiro responsável pela supervisão do meu estágio estava numa fase de transição para a coordenação do serviço, assumindo por vezes a chefia da equipa e funções relacionadas com a gestão e organização do serviço, tornando-se por vezes difícil executar todas estas atividades simultaneamente. A minha supervisão foi sempre assegurada, no entanto, a reflexão sobre as situações vividas poderia ter sido mais

intensa e profunda – a estratégia encontrada para colmatar esta lacuna foi a realização e apresentação escrita das várias reflexões que considerei pertinentes, tanto ao enfermeiro orientador como ao enfermeiro chefe (também ele especialista de reabilitação). Após realização da segunda reflexão (possível de consultar no apêndice 3) e partilha com supervisor e chefe da UCI, a organização do serviço em termos de cuidados de reabilitação sofreu grandes alterações, uma vez que não tinha sido este o estágio idealizado. O meu supervisor deixou de ter utentes atribuídos, e segundo o chefe de serviço, passou a ser responsável pela Reabilitação de todos os utentes internados naquela unidade. Nesta semana, as aprendizagens e as oportunidades de pôr em prática os conhecimentos teóricos aprendidos ocorreram de forma intensa como nunca tinha acontecido até então.

Outra alteração que resultou da minha passagem por esta UCI e que inicialmente foi uma dificuldade que tive de superar, diz respeito aos registos de Enfermagem de Reabilitação que até então eram feitos em notas corridas (nas notas gerais). Questionei-me várias vezes: não faziam registos porque efetivamente não havia cuidados de Enfermagem de Reabilitação? Não houve tempo até então para esta atualização? Havia cuidados de Reabilitação mas não havia registos? Durante o meu estágio houve necessidade de adaptar o padrão CIPE e a linguagem SAPE àquela realidade e à intervenção do ER, o que não acontecia até então. Houve necessidade de criar novos diagnósticos de Enfermagem e respectivas intervenções no padrão documental que retratassem a intervenção especializada do ER naquela unidade, o que representa grande evolução e melhoria.

A realização do primeiro projeto de melhoria da qualidade representou numa fase inicial outra grande dificuldade – o desconhecimento sobre a realização e organização deste tipo de trabalhos provocou em mim grande preocupação e foi um importante fator de *stress* naquele estágio, que me obrigou a uma grande investigação e consulta de projetos já realizados nesta área. A inquietação provocada considero-a (agora que reflito) positiva e fundamental naquele momento de aprendizagem, o que vai de encontro ao que refere Donato (2004) quando diz que aprender implica sempre ter uma inquietação – o que se verificou naquele importante momento de aprendizagem.

A utilização do dispositivo *Cough Assist* não aconteceu durante o meu estágio, ao contrário do que inicialmente tinha previsto, o que constituiu uma

limitação, e aconteceu devido a vários motivos: o dispositivo era novo na UCI e os enfermeiros de reabilitação tinham pouca experiência em trabalhar com este aparelho; a equipa médica não se demonstrou muito disponível para incluir este dispositivo na prática diária do serviço; as características dos utentes (grande percentagem de utentes do foro neurocirúrgico com grande instabilidade hemodinâmica e neurológica) eram muitas vezes incompatíveis com a utilização do referido dispositivo. Durante o estágio a equipa multidisciplinar assistiu a uma formação (com demonstração prática da utilização do dispositivo) sobre a forma de utilização do dispositivo, indicações, contra indicações absolutas e relativas, e eficácia - que contribuiu para aperfeiçoar conhecimentos e melhorar a forma de utilização do dispositivo. Deixo a sugestão relativamente à importância em realizar estudos que comprovem a eficácia deste dispositivo em contexto de cuidados intensivos: existem vários estudos que comprovam a eficácia deste dispositivo na pessoa com doença neuromuscular, e escassa literatura que aborde o utente em unidades de cuidados intensivos. Perante evidência que comprove a eficácia deste dispositivo na pessoa em cuidados intensivos, acredito na adesão desta equipa ao respetivo dispositivo.

O desenvolvimento de competências relacionadas com a área da eliminação foi pouco explorada, pelas características dos utentes com que me deparei, a área da reabilitação sexual nunca foi abordada, pelos mesmos fatores, no entanto estas competências estão a ser desenvolvidas já em contexto de trabalho, uma vez mais com recurso à literatura e trabalho em equipa.

O reconhecimento dos meus limites pessoais e profissionais representou uma dificuldade que não era expectável, sou enfermeira há mais de dez anos e nunca me tinha deparado com relações desta intensidade, criadas neste espaço de tempo; quando a experiência na ECCI se aproximou do final, tive necessidade de gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente e profissional.

Todas as dificuldades e limitações que exponho foram determinantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Os projetos de melhoria da qualidade realizados contribuíram de forma positiva quer para o meu desenvolvimento pessoal e profissional quer para o desenvolvimento da especialidade de reabilitação nos respetivos contextos onde foram elaborados. A monitorização da intervenção do EEER é possível de realizar

nestes contextos, através dos referidos projetos e dos indicadores neles contidos. As 18 semanas dadas para implementação das atividades definidas no projeto de formação foram insuficientes para aplicar estes projetos e obter resultados passíveis de ser aqui apresentados, tenho esperança que continuem a ser implementados e que possam ser alargados a outras unidades onde se verifiquem os mesmos problemas, mais, espero no futuro vir a contribuir para a aplicação e reformulação dos referidos projetos.

Uma questão que não foi devidamente aprofundada diz respeito à constatação que fiz na ECCI quando percebi que existiam sempre em média cinco utentes em espera para serem admitidos na equipa. Os profissionais eram claramente insuficientes para dar resposta ao grande número de solicitações pelo que seria benéfico ajustar o número de enfermeiros e restantes recursos neste tipo de equipas. Uma investigação a este nível seria fundamental para comprovar que o aumento dos recursos ao nível comunitário traria benefícios para os utentes e para o SNS. Estou convicta que a intervenção ao nível comunitário possa ser o futuro dos cuidados de saúde em Portugal, tendo em conta a atual realidade demográfica.

Uma outra sugestão que deixo diz respeito à necessidade de normalizar os registos de enfermagem de Reabilitação numa linguagem que possa ser utilizada por todos os profissionais desta área independentemente da especificidade do seu serviço – no local de estágio correspondente à UCI por não existirem registos de enfermagem de reabilitação houve necessidade de adaptar o padrão documental CIPE àquela realidade e criaram-se intervenções adequadas à atividade do ER naquela unidade, no entanto, aquando da elaboração desse trabalho, percebi que outros serviços utilizavam diagnósticos e intervenções de enfermagem diferentes que na prática correspondem à mesma atividade, o que significa que ainda estamos longe de uniformizar a linguagem por nós utilizada, o que é notório nos registos realizados. No local de estágio correspondente à ECCI também eram evidentes as lacunas existentes nos registos de enfermagem de reabilitação, onde mais uma vez se verificava esta divergência de intervenções, que se traduziam na prática na mesma atividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do projeto de formação que perspectivou a intervenção do EEER perante as necessidades da pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos e as necessidades da pessoa na comunidade foi fundamental para a realização do presente relatório, que resultou da aplicação do referido projeto em dois locais de estágio distintos, e da experiência resultante dessa implementação. O supracitado projeto permitiu por um lado descrever, analisar e problematizar a intervenção do ER na pessoa em situação de atelectasia, em contexto de cuidados intensivos, implementado na UCI de um hospital central; por outro lado, permitiu estudar e questionar a intervenção do ER perante a pessoa e família com necessidades respiratórias e sensório-motoras, na comunidade, desenvolvido numa ECCI da área da Grande Lisboa.

O presente relatório desenvolveu-se em articulação com todas as unidades curriculares deste 6º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que foram mobilizados conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas durante todo este percurso para a realização e operacionalização do projeto de formação, pelo que considero este trabalho de extrema importância.

A elaboração do presente relatório permitiu-me aprofundar diversas temáticas fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura enfermeira de reabilitação, nomeadamente: atelectasia – fisiopatologia, impacto na pessoa e família, EAD, tratamento e intervenção do ER; intervenção do ER na pessoa e família com necessidades respiratórias e/ou sensório-motoras, na comunidade; Modelo de Enfermagem de Virgínia Henderson; competências comuns e específicas do ER; definição de objectivos a atingir, atividades a desenvolver para atingir esses objetivos e sua implementação (com os respetivos critérios de avaliação); capacidade de auto-avaliação e avaliação da implementação do projeto; percepção das dificuldades e limitações encontradas ao longo desse trabalho e contributos do mesmo para a melhoria da qualidade dos cuidados, especialmente na área da reabilitação.

A possibilidade de selecionar a temática deste trabalho com base em motivações pessoais e profissionais foi fundamental para manter a motivação e interesse neste que foi por vezes um caminho íngreme.

Aquando da elaboração do projeto de formação foram traçados objetivos, agora traduzidos na sua totalidade neste relatório. Ao longo dos estágios foi possível desenvolver as competências de EEER que me permitiram responder às necessidades sensório-motoras e respiratórias da pessoa em situação de atelectasia em contexto de cuidados intensivos e da pessoa na comunidade. Foi possível desenvolver todas as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro de reabilitação.

A realização deste trabalho apresentou inúmeras vantagens pois possibilitou conhecer e intervir em diversos cenários da prática especializada de enfermagem de reabilitação, preparando-me de certo modo para a ação através da experiência adquirida nestes contextos, resultante da variedade e riqueza de situações vivenciadas. Além da experiência resultante deste saber fazer, toda a ação realizada foi sujeita a uma reflexão “na, para e sobre a pratica com o objectivo de a melhorar” (Cruz, 2008, p. 200), pelo que esta foi uma constante ao longo deste percurso.

Os projetos de melhoria da qualidade realizados ao longo deste trabalho foram de extrema importância para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e para o desenvolvimento da enfermagem nos respetivos contextos onde foram desenvolvidos, com especial ênfase nos cuidados especializados da área de reabilitação. A experiência de elaboração deste tipo de projetos constituiu só por si um importante momento de aprendizagem – a investigação subjacente e a procura de fontes de informação relativamente à forma de elaboração destes projetos representou um importante método de aprendizagem; o planeamento das atividades previstas nestes projetos e a definição dos diversos indicadores representaram outro momento crucial de aprendizagem e respeitaram sempre o princípio da prática baseada na evidência.

A realização deste trabalho e a conclusão deste curso de Pós-Licenciatura de especialização e Mestrado em Enfermagem de Reabilitação traz-me novas perspectivas de desenvolvimento – tenciono dar continuidade ao trabalho até então desenvolvido com maior ênfase naquele que realizei em contexto comunitário, ao contrário do que era expectável (numa fase inicial tinha especial enfoque pela

pessoa em contexto de UCI). Enquanto essa mudança não surge, darei continuidade a este trabalho, intervindo perante as pessoas com alterações respiratórias e sensório-motoras, em situação de pré e pós operatório no serviço onde desempenho atualmente a minha atividade profissional. Por se tratar de um serviço cirúrgico com duas especialidades (urologia e cirurgia vascular), as oportunidades de desenvolvimento são muito variadas. No serviço de urologia tenho a possibilidade de desenvolver um importante trabalho numa área até pouco ou nada explorada nestes estágios mas muito importante no processo de reabilitação destes utentes – a área da eliminação e sexualidade. O papel do enfermeiro de reabilitação nos aspectos relacionados com a eliminação e a sexualidade é bem conhecido, ao acompanhar a pessoa na manutenção ou recuperação do equilíbrio entre a intimidade e o desenvolvimento de uma vida familiar e social com sentido. Duchene (2008) refere que todos os enfermeiros de reabilitação devem dar espaço aos utentes para discutir as suas preocupações sexuais e as relacionadas com a eliminação, e devem estar preparados para lidar de forma apropriada com as dificuldades expressas. Pode ainda representar um tabu em muitos casos, no entanto, da minha experiência, cada vez mais os utentes solicitam acompanhamento nessa dimensão. As características dos utentes que acompanhei nestes estágios não permitiram desenvolver em profundidade as competências exigidas nesta área, no entanto, o interesse pela aprendizagem mantém-se e tenho noção que o aperfeiçoamento das competências alcançadas surge com o desenvolvimento da prática especializada diária.

No serviço de cirurgia vascular, darei continuidade a este trabalho, acompanhando os utentes em situação de pré e pós-operatório (cirurgias de revascularização, varizes, tromboembolismos, endarterectomias, etc.), com especial ênfase no cuidado à pessoa em situação de amputação que (da minha experiência) muito necessita de um profissional com estas competências, para que tenha acompanhamento neste caminho difícil e tenebroso; para poder acompanhar uma pessoa com estas características, o enfermeiro terá de possuir competências de forma a ajudar a pessoa na promoção de processos adaptativos para que mantenha satisfeitas todas as suas NHF, com vista a atingir o nível de independência desejado. O ER parece-me o profissional de excelência pelas competências que detém.

O recente convite para integrar a unidade de transplante renal (instituída no espaço físico do serviço onde pertença, composta por uma equipa especializada) revela-se um desafio futuro. Por se tratar de situações de pré e pós operatório imediato, terei oportunidade de dar continuidade ao projeto já desenvolvido em contexto de cuidados intensivos, e posteriormente proceder à articulação com a comunidade (como aconteceu na ECCI), uma vez que as altas dos utentes submetidos a transplante renal são sempre planeadas por esta equipa especializada; assim, terei oportunidade de atualizar continuamente os conhecimentos nesta área de reabilitação.

A conclusão deste relatório representa um momento de grande satisfação pessoal e profissional, a sensação que emerge é a de dever cumprido. Nesta fase reconheço possuir um olhar diferente e instrumentos que permitem uma abordagem diferenciada e global, que me possibilita uma intervenção especializada perante as diferentes situações vivenciadas pelo utente ao longo do seu ciclo de vida. A atual fase da minha prática de cuidados enquadra-se no perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, cuja prática diária se encarregará de aperfeiçoar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, T. (2016). Doenças respiratórias impedem 11 mil pessoas de trabalhar ou estudar. In *Diário da Manhã, TVI 24*, Queluz de Baixo, 21 Abril 2016. Acedido a 22/06/2016. Disponível em <http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/>
- Barbas, C., Ísola, A., Farias, M., Cavalcanti, A., Gama, A., Duarte, A. et al (2014). Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte 2. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(3), 215-239. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n3/0103-507X-rbti-26-03-0215.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice, first edition, 2001, Pearson Education, Inc);
- Borges, V., Oliveira, L., Peixoto, E. & Carvalho, N. (2009). Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (4), 446-452. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n4/v21n4a16>
- Bye, M. (2011). Pulmonary Atelectasis. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/1001160-overview>
- Canário, R. (2006). *Aprender sem ser ensinado. A importância estratégica da educação não formal*. In Conselho Nacional de Educação. A Educação em Portugal (1986-2006). Alguns contributos de investigação. Lisboa: Conselho Nacional de Educação;
- Costa, M. (2006). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. 2. ed. Coimbra: Formasau;

Cruz, S. (2008), A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto de Enfermagem Avançada. *Servir*, 56 (5), 200 – 206;

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, I Série – A, N.º 109 (06-06-2006). p. 3856-3865;

Donato, A. (2004). Inquietações estimulam o aprendizado. In *450 Pautas – Descobrir São Paulo, Descobrir-se Repórter*, São Paulo, 4/11/2014. Publicado por T. Bruno, acessado a 3/03/2016. Disponível em <http://www.obore.com/aconteceintegra.asp?cd=582>

Duchene, P. (2008). Educação e Aconselhamento Sexual. In S. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (C. Saraiva, J.M.S.B. Mertens, L. Abecasis, M. Abecasis, M.O. Sousa, M.A.P.R.P. Negrão, M.J.F. Pinheiro & R. Azevedo, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention, & Outcomes*, 4/e, Elsevier);

França, D., Apolinário, A., Velloso, M. & Parreira, V. (2010). Reabilitação pulmonar na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Fisioterapia e pesquisa*, 17 (1), 81-87. Acessado a 19/05/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502010000100015&lng=pt&nrm=iso&tling=pt

Frias, A., Rodrigues, L. & Pavia, A. (2012). Os benefícios do recrutamento alveolar nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca. In *Encontro de Enfermagem em Contexto Hospitalar: o que fazemos para cuidar*. Beja. Acessado em 19/05/2015. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/7706>

Hedenstierna, G. & Edmark, L. (2010). Mechanisms of atelectasis in the perioperative period. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 24 (2), p. 157-169. DOI: 10.1016/j.bpa.2009.12.002;

- Henderson, V. (1994). La Naturaleza de la Enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación - reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana, 1994;
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do francês La réadaptation, 2001, Éditions Seli Arslan SA);
- Irdesel, J., Aydiner, S. & Akgoz; S. (2007). Rehabilitation outcome after traumatic brain injury. *Neurocirurgia*, 18, p. 5-15;
- Kelly (2006). Children requiring long-term ventilator assistance. In Campbell, Linden, & Palisano (Eds.), *Physical Therapy for children*. St. Louis, United States of America: Saunders Elsevier. p. 793-817;
- Kèrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A & Major, F. (1996). El pensamiento enfermero. (M. A. Blanco, Trad.). Barcelona: Masson. (Tradução em espanhol da obra original en francês La Pensée Enfirmière, MCMXCIV Éditions Études Vivantes);
- Kisner, C. & Colby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas* (L. Ribeiro, Trad.) (5ª edição). São Paulo: Manole (Tradução do original do inglês: Therapeutic Exercise – Foundations and Techniques);
- Lopes, M. (2006) A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance. *Formasau*, ISBN: 972-8485-62-X;
- Lord, R., Mayhew, C., Korupolu, R., Manthey, E., Friedman, M., Palmer, J. et al (2013). ICU early physical rehabilitation programs: financial modeling of cost savings. *Critical Care Medicine*, 41 (3), 714-724. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182711de2>

- Madappa, T. (2011a). Atelectasis Treatment & Management. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/296468-treatment>
- Madappa, T. (2011b). Atelectasis. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/296468-overview>
- Make, B., Hill, N., Goldberg, A., Bach, J., Dunne, P., Heffner, J. ... Robert, D. (1998). Mechanical ventilation beyond the intensive care unit: Report of a consensus conference of the American College of Chest Physicians. *Chest*, 113 (5) Supplement, 289s-344s;
- Matthews, J., Dunbar, J., Serika, S., McDowell, J. (2004). Preventive health practices: comparison of family caregivers 50 and older. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (2), 46-54;
- Meleis, A. & Trangensstein, P. (1994), Facilitating Transition: Redefinition of nursing Mission. *Nursing Outlook*. 42, p. 255-259;
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000) - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), p. 12-28;
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Sou o seu enfermeiro*. Madeira: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 20/04/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Sou%20o%20seu%20enfermeiro,%20por%20Enf%C2%AA%20Marina%20Castro.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). *O poder da comunicação na enfermagem*. Madeira: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 20/04/2016. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20Poder%20da%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20na%20Enfermagem%20-%20Enfermeira%20Maria%20Jos%C3%A9%20Silva%20Enf%20Especialista%20SMO.pdf>

Pearlin, L., Zarit, H. (1993). Research into informal caregiving: current perspectives and future directions, In Zarit, Pearlin e Schaie (eds.), *Caregiving systems: formal and informal helpers* (155-167). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates;

Pereira, J. & Guedes, N. (2011). Come eu, Enfermeiro, faço Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. *Revista Portuguesa Medicina Intensiva*, 18 (3), p. 81-87. Acedido a 19/05/2015. Disponível em http://www.spci.pt/Revista/RPMI_V_18_03.pdf

Portaria nº 343/2015 de 12 de Outubro (2015). Definição das condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 e de ambulatório pediátricos. Diário da República, 1ª Série, Nº 199 (12-10-2015). p. 8815-8831;

Rama-Maceiras, P. (2010). Peri-operative atelectasis and alveolar recruitment manoeuvres. *Archivos de Bronconeumologia*, 46 (6), p. 317-324. DOI: 10.1016/j.arbres.2009.10.010;

Rebelo, T. (1997). Sobre a Noção de Prática. *Pensar Enfermagem*, 1, p.3-4;

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/02/2011) 8648 – 8653;

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/2/2011) 8658-8659;

Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. Diário da República, II série, Nº 119 (22/06/2015) 16655-16660;

Ribas, M. & Ferraz, C. (2010). O papel da comunidade. *Nascer e crescer*. Vol XIX, nº 3, 192-194;

Rodrigues, C., Varanda, E. & Costa, A. (2012). Atelectasia – Estudos de Caso intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação. *Nursing*, 228, 6-11;

Shapiro, E. (2002). Chronic illness as a family process: A social-developmental approach to promoting resilience. *Psychotherapy in Practice*, 58 (11), 1375-1384;

Silva, D. (2011). *Uso e efeito da cinesioterapia respiratória nos cuidados pós-operatórios de cirurgia cardíaca e abdominal Revisão Literária*. Centro Universitário de Brasília. Curso de Fisioterapia. Brasília. Acedido a 19/05/2015. Disponível em:
<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/4501/3/DJINANE%20CRISTINA%20DE%20MIGUEL%20SILVA.pdf>

Silva, J., Silva, N., Santos, V. & Silveira, T. (2014). O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária. *Salutis Scientia*. 4, 14-25;

- Sousa, L., Duque, H. & Ferreira, A. (2012). Reabilitação Respiratória na Pessoa submetida a Ventilação Invasiva. In M. Cordeiro, E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, Princípios e Técnicas* (p. 194-211). Loures: Lusociência;
- Stanton, A., Revenson, T. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592;
- Stiller, K. (2013). Physiotherapy in intensive care: an update systematic review. *Chest*, 144 (3), 825-848. DOI: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.12-2930>
- Tomey, A. (2004). Virginia Henderson: Definição de Enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice 1
Projeto de Formação

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

***Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação
de atelectasia em cuidados intensivos***

Clara de Jesus Fernandes Gonçalves

Lisboa

Julho de 2015



6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Formação

***Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação
de atelectasia em cuidados intensivos***

Clara de Jesus Fernandes Gonçalves

Professor Orientador – Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

Julho 2015



Índice

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1 Título

1.2 Palavras-chave

1.3 Data de início

1.4 Duração

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1 Sumário

3.2 Justificação da escolha do tema

3.2.1 Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

3.3.2 A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

3.3 Enquadramento Conceptual

3.3.1 A Pessoa com Atelectasia

3.3.2 Modelo de Enfermagem de Virgínia Henderson

3.4 Plano de Trabalho e Métodos

3.4.1 Problema Geral e Problemas Parcelares

3.4.2 Objetivo Geral e Objectivos Específicos

3.4.3 Fundamentação da escolha dos locais de Estágio

3.4.4 Descrição das atividades e resultados esperados

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice 1.1 Planeamento das Atividades - UCI

Apêndice 1.2 Planeamento das Atividades - ECCI

Apêndice 1.3 Cronograma

LISTA DE SIGLAS

- EAD** - Exames Auxiliares de Diagnóstico
- ECCI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- EEER** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- ESEL** - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- NHF** - Necessidade Humana Fundamental
- OE** - Ordem dos Enfermeiros
- UCI** - Unidade de Cuidados Intensivos

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1 Título: *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos.*

1.2 Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem, Atelectasia, Reabilitação, Cuidados intensivos.

1.3 Data de início: 28 de Setembro de 2015.

1.4 Duração: 18 semanas.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS: Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Central e Equipa Cuidados Continuados Integrados da zona de Lisboa.

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1 Sumário

No plano curricular do 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, inserido no ano lectivo 2014-2015, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposto na Unidade Curricular de Opção II realizar um projeto de formação com o intuito de ser implementado no 3º semestre, referente ao período de estágio.

A selecção da temática relaciona-se com motivações pessoais e profissionais. Os reduzidos conhecimentos sobre a patologia atelectasia e a sua frequência em cuidados intensivos (área para onde tenciono direccionar a minha actividade profissional) remeteram o meu projecto para a seguinte temática: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos.

As complicações respiratórias, nomeadamente atelectasia, são a principal causa de morbilidade e mortalidade pós-operatória. A incidência e prevalência desta patologia não estão devidamente documentadas, no entanto sabe-se que surge em 90% dos doentes anestesiados e pode persistir por vários dias de pós-operatório. O número reduzido de estudos sobre esta temática deve ser alargado pelo que considero o meu projecto uma mais-valia nesse sentido.

Vários autores referem a importância da reabilitação na pessoa em situação de atelectasia, desde a avaliação inicial, intervenção precoce e específica, e reavaliação.

O EEER assume um papel determinante perante a pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos, recorrendo a várias técnicas, com o objectivo de melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das vias aéreas, promover a mobilização e eliminação de secreções e favorecer o sincronismo com o ventilador. As técnicas usadas podem ser técnicas de relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios - com ênfase na inspiração, reeducação abdomino-diafragmática, ventilação dirigida e abertura costal, sincronismo com a modalidade ventilatória e insuflações com ressuscitador manual - na pessoa com ventilação endotraqueal. A manutenção da permeabilidade das vias aéreas pode ter

início na hidratação e humidificação das secreções, mobilização de secreções - onde estão aconselhadas determinadas técnicas como drenagem postural, manobras acessórias (compressão, percussão e vibração) e eliminação das secreções através de uma correta higiene brônquica e eventualmente aspiração de secreções.

A evidência demonstra que a intervenção do EEER ao estimular o recrutamento alveolar, melhora a capacidade ventilatória, reduz o tempo de ventilação mecânica, tempo de internamento na UCI e hospitalar, reduzindo a despesa hospitalar – o que faz todo o sentido, num universo em que cada vez mais se olha para a redução de custos.

O EEER em contexto de cuidados intensivos atua a nível das disfunções respiratórias mas também nas alterações musculares que ao longo do tempo surgem como resultado da imobilidade e consequente perda da função motora pelo que, ao longo deste trabalho, menciono a importância da reeducação funcional respiratória e reeducação sensório-motora.

Considerando a problemática da pessoa em situação de atelectasia como uma realidade, foi concebido este projeto como forma de desenvolver competências de EEER na intervenção junto destas pessoas. Partindo de um objectivo geral, definiram-se objectivos específicos e planearam-se atividades que permitam desenvolver as competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. A execução deste projecto inclui a definição dos objectivos, atividades a realizar e competências a desenvolver. Relativamente ao conhecimento especializado do Enfermeiro, a Ordem dos Enfermeiros (OE) apresenta quatro domínios comuns a todas as especialidades e as respetivas competências que me proponho desenvolver com a implementação deste projeto:

- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal - desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Gestão da Qualidade - desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da

governança clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

- Gestão dos Cuidados - gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar e adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais - desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

(Diário da República, 2011a)

A OE definiu ainda as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (de importância extrema neste projeto):

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

(Diário da República, 2011b)

Para o desenvolvimento deste projecto foi determinante o contributo do Modelo de Cuidados de Enfermagem de Virgínia Henderson, uma vez que a intervenção do enfermeiro depende das necessidades do doente e do seu nível de independência. A função da enfermeira incide em assistir a pessoa, doente ou saudável a desempenhar atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação, atividades que a pessoa realizaria se tivesse vontade, força ou conhecimento necessário. Existem três níveis de relação enfermeiro-doente, segundo Virgínia Henderson: enfermeiro que substitui o doente, enfermeiro que assiste/auxilia o doente e enfermeiro parceiro do doente. Assim, perante a pessoa com atelectasia em cuidados intensivos, numa fase aguda, o enfermeiro substitui a pessoa na satisfação das necessidades humanas fundamentais (NHF); durante a convalescença, ajuda a pessoa a readquirir a sua independência; como parceiro do doente formula com este o plano de cuidados.

3.2 Justificação da escolha do tema

3.2.1 Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

A escolha do tema do projecto a desenvolver relaciona-se com questões pessoais e profissionais. Durante as sessões letivas da unidade curricular Reabilitação I percebi que a atelectasia representa um problema respiratório frequente na pessoa em cuidados intensivos, o meu conhecimento sobre a patologia em questão era nulo mas despertou em mim grande interesse, pelo que decidi aprofundar conhecimentos nesta área. Cuidados intensivos representam uma área por onde tenciono direccionar a minha actividade profissional, pela complexidade adjacente e pela necessidade de aprendizagem.

As complicações respiratórias, nomeadamente atelectasia, são a principal causa de morbilidade e mortalidade pós-operatória (Rama-Maceiras, 2010; Madappa, 2011b). A incidência e prevalência desta patologia não estão devidamente documentadas (Bye, 2011; Madappa, 2011a) o que a meu ver justifica a necessidade de realização de estudos nesta área, pelo que considero o meu projecto uma mais valia nesse sentido.

Sabe-se que atelectasia surge em 90% dos doentes anestesiados e pode persistir por vários dias de pós-operatório (Hedenstierna & Edmark, 2010) pelo que importa estudar de perto esta patologia e o seu impacto na pessoa e família. A redução da incidência de complicações pós-operatórias, nomeadamente atelectasia, e a melhoria da funcionalidade podem ser atingidas com programas de reabilitação (Irdesel, Aydiner & Akgoz, 2007; Silva, 2011), que são benéficos e não causam efeitos colaterais (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010) pelo que pretendo enfatizar a intervenção do EEER na prevenção e tratamento da atelectasia.

3.2.2 A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é aquele que “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”. (Diário da República, 2011b, pág. 8658). Na sua actividade, identifica as necessidades de

saúde, analisa os dados sobre cada situação, fórmula diagnósticos, prescreve intervenções e avalia-as, permitindo assim a implementação e monitorização de planos de Enfermagem de Reabilitação, sempre orientado pelas oito categorias de enunciados descritivos previstas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: satisfação dos doentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos doentes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de Enfermagem (Diário da República, 2015, pág. 16656).

A pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos, requer um tratamento prioritário, onde o EEER assume um papel importante (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012), recorrendo a várias técnicas que visam promover a sincronia e adaptação do doente ao ventilador, melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das vias aéreas e promover a mobilização e eliminação de secreções (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

EEER atua na promoção do sincronismo com o ventilador promovendo o relaxamento da pessoa; para tal, aconselham-se técnicas de relaxamento e posições de descanso, controlo da respiração e sincronismo com a modalidade ventilatória, exercícios de reeducação costal e abdomino-diafragmática como forma de melhorar o padrão respiratório (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

A relação ventilação/perfusão surge alterada na pessoa em cuidados intensivos e pode ser melhorada através de várias técnicas. Na pessoa com ventilação endotraqueal, as insuflações com ressuscitador manual podem ser realizadas com vista à re-expansão pulmonar (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012). Nas pessoas em condições de participar voluntariamente, o programa de reabilitação deve incidir no ensino de técnicas que promovam a expansibilidade torácica nomeadamente, técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios (com ênfase na inspiração), reeducação abdomino-diafragmática, ventilação dirigida e abertura costal (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

Manter a permeabilidade das vias aéreas representa outro foco de atuação do EEER; nesse sentido, deve favorecer a hidratação e humidificação das secreções, administração de broncodilatadores/mucolíticos (quando prescrito e necessário) ou nebulizações com soro fisiológico (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012).

A mobilização e eliminação de secreções representam muitas vezes um objectivo a atingir em reabilitação respiratória, onde o EEER intervém de forma ímpar através de várias técnicas, nomeadamente: drenagem postural, manobras acessórias (compressão, percussão e vibração) e aspiração de secreções. Higiene brônquica (posicionamento, insuflação manual, vibração e compressão torácica) também está indicada na pessoa com ventilação mecânica com presença de secreções, e é fundamental em atelectasias lobares (Stiller, 2013).

A evidência demonstra que o EEER, ao estimular o recrutamento alveolar, melhora a capacidade ventilatória, permite o desmame ventilatório precoce e diminui dias de internamento (Frias, Rodrigues & Pavia, 2012). Um estudo realizado nos hospitais norte-americanos demonstrou que o investimento precoce em programas de reabilitação nos doentes da UCI pode significar poupança efetiva, com redução do tempo da ventilação mecânica, tempo de internamento na UCI e restante internamento hospitalar, redução da despesa hospitalar e da morbilidade, deste modo, a reabilitação deve ser implementada nas primeiras 24 horas (Lord, Mayhew, Korupolu, Manthey, Friedman, Palmer, et al, 2013).

Recomendações brasileiras relativas à ventilação mecânica apontam que os doentes internados na UCI podem apresentar disfunções respiratórias e musculares, e ao longo do tempo podem desenvolver complicações resultantes da imobilidade. A imobilidade origina perda da função motora e da qualidade de vida, podendo ser minimizadas com instituição da mobilização precoce e reabilitação respiratória (Barbas, Ísola, Farias, Cavalcanti, Gama, Duarte, et al, 2014), deste modo, o EEER representa um papel determinante perante o doente em contexto de UCI.

A intervenção do EEER na unidade de cuidados intensivos demonstrou ser uma prática segura mesmo em doentes com entubação orotraqueal, (Pereira & Guedes, 2011; Borges, Peixoto & Carvalho, 2009); embora represente uma prática recente, sabe-se que é benéfica e não causa efeitos colaterais (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010) o que mais uma vez justifica a intervenção do EEER neste contexto.

O EEER assume um papel determinante no tratamento de atelectasias, que inclui a avaliação do doente, cinesiterapia respiratória/intervenções específicas, orientação da equipa e reavaliação (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012).

3.3 Enquadramento Conceptual

3.3.1 A Pessoa com Atelectasia

Atelectasia deriva do grego “ateles” que significa imperfeita ou incompleta e “ektasis” que significa expansão ou dilatação, e refere-se ao colapso dos alvéolos, devido a uma obstrução das vias aéreas inferiores ou deficiente ventilação pulmonar, provocando inexistência de expansão (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

As causas da atelectasia podem ser de origem obstrutiva e não obstrutiva (Madappa, 2011a):

- Atelectasia obstrutiva é a mais comum e resulta da obstrução entre a traqueia e os alvéolos; a causa deste tipo de atelectasia pode ser um tumor, corpo estranho ou a mais comum - obstrução provocada pela acumulação de secreções.
- Atelectasia não obstrutiva pode ser causada pela perda de contacto entre a pleura visceral e parietal, compressão, deficiência de surfactante ou diminuição do volume como sequela grave da substituição do parênquima por cicatrizes:
 - ✓ A perda de contacto entre a pleura visceral e parietal diz-se atelectasia passiva e é desencadeada por pneumotórax ou derrame pleural;
 - ✓ Atelectasia por compressão ocorre através de qualquer lesão ocupante de espaço no tórax que comprime o pulmão e o ar para fora dos alvéolos;
 - ✓ Atelectasia por déficit de surfactante surge por aumento da tensão na superfície alveolar, o que promove o colapso alveolar - observado principalmente na síndrome de dificuldade respiratória do adulto (SDRA);
 - ✓ Diminuição do volume como sequela grave da substituição do parênquima é causada geralmente por doença granulomatosa ou pneumonia necrozante.

3.3.2 Modelo de Enfermagem de Virgínia Henderson

Para o desenvolvimento deste projecto foi determinante o contributo do Modelo de Cuidados de Enfermagem de Virgínia Henderson, que se integra na Escola de Necessidades, segundo Meleis, citada por Kèrouac (Kèrouac, 1996), uma vez que a intervenção do enfermeiro depende das necessidades do doente e do seu nível de independência. A função da enfermeira incide em assistir a pessoa, doente ou saudável a desempenhar atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação, atividades que a pessoa realizaria se tivesse vontade, força ou conhecimento necessário (Henderson, 1994).

A escolha do modelo conceptual além de me parecer o mais adequado perante a pessoa com atelectasia, corresponde ao modelo que melhor se adapta na ECCI onde pretendo realizar estágio pois justifica na perfeição o caminho que o enfermeiro percorre com o doente, ao longo do processo de reabilitação.

Virgínia Henderson definiu no seu modelo os conceitos de Enfermagem, saúde, ambiente e pessoa (Henderson, 1994):

- Relativamente à Enfermagem, Virgínia Henderson defende que o enfermeiro tem a função única de ajudar indivíduos doentes ou saudáveis, funciona como membro de uma equipa, independente do médico (pode diagnosticar e tratar o indivíduo se a situação assim o exigir), possui conhecimentos tanto biológicos como sociais e pode avaliar as necessidades humanas (14 componentes dos cuidados de Enfermagem). É desta forma que pretendo ajudar os doentes internados em UCI e ECCI a desenvolver a sua independência nas NHF.
- A pessoa (doente) é vista como tendo corpo e mente inseparáveis, deve manter o equilíbrio emocional e físico, requer ajuda para obter independência o mais rapidamente possível. Doente não está sozinho – doente e família são uma unidade, as suas necessidades representam as 14 componentes da Enfermagem. O apoio prestado à família/cuidador do doente é fundamental, quer se fale numa situação aguda como é o caso dos cuidados intensivos quer seja perante a dependência de um utente da ECCI.

- Saúde é vista como essencial ao funcionamento humano, é uma qualidade da vida, a promoção da saúde é mais importante do que a cura – os indivíduos irão ter e manter a sua saúde se tiverem força, desejo e conhecimentos necessários. Em cuidados intensivos importa manter a saúde mas também promove-la. Passada a fase aguda os ensinamentos para promoção da saúde são fundamentais como forma de evitar a regressão da sua situação. Na ECCI a promoção da saúde tem um peso ainda maior pois pretende-se que o utente/família/cuidador adquiram o máximo de independência possível.
- No que respeita ao ambiente, os indivíduos saudáveis controlam o seu ambiente, mas a doença interfere com essa capacidade, assim, os enfermeiros devem ter formação sobre segurança, devem proteger os doentes ou minimizar as hipóteses de dano (aquisição e manutenção de equipamentos, adequação dos equipamentos), devem igualmente avaliar os perigos dos hábitos sociais ou religiosos. Neste item importa perceber que a UCI representa uma unidade complexa onde todos os equipamentos exigem adequada manutenção. Na ECCI terei maior contacto com hábitos sociais que merecem especial atenção.

Na relação enfermeiro-doente existem três níveis de relação, segundo Virgínia Henderson: enfermeiro que substitui o doente; enfermeiro que assiste/auxilia o doente; e enfermeiro parceiro do doente. Assim, perante a pessoa com atelectasia em cuidados intensivos, numa fase aguda, o enfermeiro substitui a pessoa na satisfação das NHF; durante a convalescença, ajuda a pessoa a readquirir a sua independência; como parceiro do doente formula com este o plano de cuidados (Tomey, 2004). Os dois últimos níveis de relação poderão representar a preparação para a alta/transferência dos cuidados intensivos e articulação com os demais serviços de internamento, onde o EEER auxilia a pessoa a adquirir o máximo de independência possível. Os três níveis de independência estarão bem presentes na ECCI pois pretende-se perante uma pessoa/cuidador dependente desenvolver o máximo a sua autonomia, independência e qualidade de vida.

Virgínia Henderson definiu 14 necessidades comuns a todo o ser humano (necessidades humanas fundamentais), que dependem da vivência pessoal e contexto sociocultural (Tomey, 2004):

1. Respirar normalmente
2. Comer e beber adequadamente
3. Eliminar os resíduos corporais
4. Movimentar-se e manter a postura correta
5. Dormir e descansar
6. Vestir-se e despir-se (escolher a roupa adequada)
7. Manter a temperatura corporal adequada, dentro dos limites normais
8. Manter a higiene do corpo e a integridade da pele
9. Evitar os perigos do ambiente
10. Comunicar com os seus semelhantes
11. Agir de acordo com as suas crenças e valores
12. Trabalhar/ocupar-se com vista a realizar-se
13. Divertir-se
14. Aprender (satisfazer a curiosidade como forma de se desenvolver)

Estas 14 NHF são de extrema importância no cuidado à pessoa com atelectasia, considerando-a de uma forma holística - a pessoa é vista como um ser único, maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo; a saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade pessoa-ambiente e não é um estado firme ou uma ausência de doença (Kèrouac et al., 1996). Não menosprezando esta dimensão, analisarei pormenorizadamente a NHF respirar normalmente por ser a mais alterada na pessoa em situação de atelectasia.

Segundo Virgínia Henderson, o enfermeiro trabalha com outros profissionais numa relação de interdependência – devem colaborar para cumprir o plano de cuidados, o que vai de encontro à interdisciplinaridade que se verifica na Reabilitação; a enfermagem não é estática, define-se pela interação com outros profissionais de saúde, devendo desenvolver-se de modo a responder as necessidades da sociedade (Tomey, 2004). A equipa de cuidados intensivos deste Hospital é conhecida como sendo uma organização aprendente, constituída por indivíduos que se desenvolvem e estimulam a aprendizagem do Outro, daí a enorme vontade em integrar esta equipa; partindo do princípio que “as organizações só

aprendem através de indivíduos que aprendem” (Bolívar, 1997, p. 82) e estando eu extremamente motivada para aprender, espero que este contexto me proporcione o crescimento pessoal e profissional que ambiciono da mesma forma que pretendo contribuir para a aprendizagem da equipa/organização.

3.4 Plano de Trabalho e Métodos

3.4.1 Problema Geral e Problemas Parcelares

Considerando as necessidades da pessoa em situação de atelectasia, em cuidados intensivos e as necessidades da pessoa na comunidade, questionei-me sobre a intervenção perante estas pessoas e suas famílias, enquanto EEER. O que poderia fazer para o doente com alterações da função respiratória e sensório-motora readquirir a sua saúde e bem-estar? Desta forma cheguei à questão principal:

- Quais as competências que o EEER deverá desenvolver de forma a responder às necessidades sensório-motoras e respiratórias da pessoa em situação de atelectasia em contexto de cuidados intensivos, e da pessoa na comunidade?

Chegada a esta questão principal importa definir os problemas parcelares de forma a tornar exequível a intervenção, assim dividi a questão principal em quatro questões secundárias:

- Qual a intervenção do EEER perante as necessidades respiratórias da pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos?
- Qual a intervenção do EEER perante as necessidades sensório-motoras da pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos?
- Qual a intervenção do EEER perante as necessidades respiratórias da pessoa e família na comunidade?
- Qual a intervenção do EEER perante as necessidades sensório-motoras da pessoa e família, na comunidade, com vista à readaptação sócio-familiar?

3.4.2 Objetivo Geral e Objectivos Específicos

Os enfermeiros especialistas são “especialistas do pormenor”, “em pequenas coisas” (Hesbeen, 2001, p. 85-87), dos pormenores que são de grande importância para aquele de quem cuidam e que, neste gesto, demonstram o conhecimento e interesse pelo outro, respeitando as ações traçadas pelo projeto de cuidados. A sua expressão não é apenas um ato, é uma capacidade de ir ao encontro do outro, tentando maximizar as suas potencialidades, tentando que o outro encontre um equilíbrio no seu processo de reabilitação e que encontre no EEER alguém que o consegue acompanhar e amparar neste percurso.

Como forma de dar resposta ao problema geral, defini o objectivo geral deste projecto: desenvolver competências do EEER de forma a responder às necessidades sensório-motoras e respiratórias da pessoa em situação de atelectasia em contexto de cuidados intensivos e da pessoa na comunidade.

Para alcançar o objectivo geral deste projecto torna-se pertinente a formulação de objectivos específicos que são de seguida enumerados. Como pretendo que o estágio se desenvolva para além do presente projecto e como os locais de estágio se adivinham muito diferentes, delimito objectivos para cada local de estágio separadamente.

No local de estágio corresponde à UCI, com a duração de 9 semanas, foram definidos como objetivos:

1. Compreender a dinâmica organo-funcional da UCI;
2. Compreender o contributo do EEER na equipa multidisciplinar;
3. Refletir sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa em situação de atelectasia e sua família;
4. Aprofundar conhecimentos relativos à patologia atelectasia – fisiopatologia, exames auxiliares de diagnóstico (EAD) e intervenções do EEER;
5. Prestar cuidados especializados à pessoa em cuidados intensivos ao nível da RFR, com especial ênfase à pessoa em situação de atelectasia;
6. Prestar cuidados especializados à pessoa em cuidados intensivos ao nível da reeducação sensório-motora com vista à readaptação sócio-familiar;

No local de estágio correspondente à ECCL, com duração de 9 semanas, foram definidos os seguintes objetivos:

1. Compreender a dinâmica organo-funcional da ECCL;
2. Compreender o contributo do EEER na equipa multidisciplinar;
3. Refletir sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa e família, na comunidade;
4. Prestar cuidados especializados à pessoa e família, na comunidade, ao nível da RFR;
5. Prestar cuidados especializados à pessoa e família, na comunidade, ao nível da reeducação sensório-motora com vista à readaptação sócio-familiar.

3.4.3 Fundamentação da escolha dos locais de estágio

É na prestação de cuidados que emerge a oportunidade de nos desenvolvermos. Enfermagem Avançada surge da aplicação na prática do que se descreve na teoria, sendo que a teoria é sempre mais linear do que a prática, assim, “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem aprender na teoria” (Benner, 2001, p. 61). “Mais do que fazer coisas, a prática é agir, isto é, no acto está inscrito o sentido que lhe atribui aquele que age” (Rebelo, 1997, p.3), pelo que não podemos esquecer a importância do contexto na prática de cuidados e no nosso desenvolvimento como futuros EEER.

Os locais de estágio escolhidos tiveram em consideração a pessoa em situação de atelectasia e sua família, a pessoa em contexto comunitário, a reabilitação e os objectivos - geral e específicos - que me proponho a atingir.

Sendo a atelectasia frequente em doentes anestesiados e no pós-operatório, a escolha da UCI pareceu-me pertinente. Existem neste serviço três EEER em exercício de funções (embora não exclusivamente como enfermeiros de reabilitação) que cuidam a pessoa de uma forma holística desde cuidados gerais a cuidados específicos de enfermagem de reabilitação. Neste local de estágio pretendo desenvolver competências na área da reabilitação respiratória e sensório-motora que como percebi são determinantes na recuperação do doente em cuidados intensivos.

Após contacto telefónico, visita ao local e entrevista ao enfermeiro chefe, percebi que a pessoa em situação de atelectasia é uma realidade em cuidados intensivos - no momento da entrevista dois dos oito doentes sofriam desta patologia pelo que à partida, o projecto é exequível.

Dada a complexidade do contexto de cuidados intensivos e tendo em consideração que se trata de uma área onde a minha inexperiência é uma realidade, pareceu-me pertinente uma observação mais pormenorizada do local de estágio de forma a melhor direccionar o projeto de formação e encontrar, atempadamente, estratégias para colmatar a minha necessidade de formação nesta área, sendo facilitador no sentido de orientar o meu estudo pré implementação do projeto. Assim, realizei um turno de observação onde pude perceber melhor a dinâmica do serviço, equipamentos utilizados, e assistir de perto à intervenção dos enfermeiros em contexto de cuidados intensivos, com especial ênfase do EEER.

O estágio em cuidados intensivos pode representar uma lacuna na preparação do doente para a alta e na articulação com a comunidade, uma vez que maioritariamente se transfere o doente de cuidados intensivos para outra unidade específica hospitalar ou para um serviço de internamento também ele hospitalar, assim parece-me relevante complementar esta experiência com um estágio numa ECCI onde posso acompanhar de perto a intervenção do EEER na comunidade, junto do doente, família ou cuidador.

Após contacto telefónico, marcação de entrevista e visita ao local, percebi que este local de estágio era de extrema importância pois dispõe de uma equipa de três enfermeiros que constituem a ECCI e prestam cuidados enquanto EEER na comunidade, à pessoa em situação de dependência, desde cuidados gerais a cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, vendo a pessoa como um todo. A sua missão é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida (justifica mais uma vez o uso do modelo conceptual de Virgínia Henderson).

Esta ECCI da zona da grande Lisboa funciona no seio de uma equipa multidisciplinar composta pelo médico de família de cada utente, EEER, psicólogo e assistente social. Nesta equipa o EEER é o gestor de caso, responsável por cinco doentes e articula-se com a restante equipa no sentido da qualidade dos cuidados. São utentes desta ECCI pessoas com dependência funcional (temporária ou prolongada), idosos com critérios de fragilidade (dependência ou doença),

incapacidade grave com grave impacto psicológico ou social, doença severa ou descanso do cuidador.

3.4.4 Descrição das atividades e resultados esperados

As atividades que me proponho desenvolver decorrem dos objectivos referidos no ponto anterior e têm como fio condutor o desenvolvimento de competências do EEER como preconizado pela OE (competências comuns e competências específicas do EEER). A consulta das atividades e resultados esperados constam no apêndice 1 e 2 (correspondentes ao estágio em UCI e ECCI respectivamente). O cronograma das atividades descritas pode ser consultado no apêndice 3.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente Unidade Curricular desenvolveu-se em articulação com todas as unidades curriculares deste 6º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que mobilizei conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas durante todo este percurso para a realização deste projeto, pelo que considero este trabalho de extrema importância.

Este projeto será implementado no 3º semestre e da sua operacionalização desenvolver-se-á o relatório de estágio.

A realização deste projeto permitiu por um lado descrever, analisar e problematizar a intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia, em contexto de cuidados intensivos, a implementar na UCI de um hospital central; por outro lado, permitiu estudar e questionar a intervenção do EEER perante a pessoa e família com necessidades respiratórias e sensório-motoras, na comunidade, a desenvolver numa ECCI da zona de Lisboa.

A elaboração do presente projeto permitiu-me aprofundar diversas temáticas fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura EEER, nomeadamente: atelectasia – fisiopatologia, impacto na pessoa e família, EAD, tratamento e intervenção do EEER; intervenção do EEER na pessoa e família com necessidades respiratórias e/ou sensório-motoras, na comunidade; Modelo de Enfermagem de Virgínia Henderson; competências comuns e específicas do EEER; definição de objectivos a atingir, atividades a desenvolver, indicadores e critérios de avaliação de acordo com os objectivos definidos.

A realização deste trabalho apresentou inúmeras vantagens pois possibilitou antever os diversos cenários que poderão surgir aquando da aplicação prática das atividades nele previstas, preparando de certo modo para a acção, estimulando a reflexão que deve ocorrer “na, para e sobre a pratica com o objectivo de a melhorar” (Cruz, 2008, p. 200) pelo que esta foi uma preocupação constante ao longo deste projeto. Por outro lado, definir objectivos, prever atividades e definir critérios e indicadores de avaliação representou uma dificuldade, uma vez que a realidade e o contexto são parcialmente desconhecidos neste momento e até à realização do estágio, como tal, salvaguardo a possibilidade de reestruturação do mesmo, de acordo com a necessidade futura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbas, C., Ísola, A., Farias, M., Cavalcanti, A., Gama, A., Duarte, A. et al (2014). Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte 2. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(3), 215-239. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n3/0103-507X-rbti-26-03-0215.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice, first edition, 2001, Pearson Education, Inc);
- Bolívar, A. (1997). A Escola como Organização que Aprende. In Canário, R. (org.). *Formação e Situações de Trabalho* (79-100). Porto: Porto Editora;
- Borges, V., Oliveira, L., Peixoto, E. & Carvalho, N. (2009). Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (4), 446-452. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n4/v21n4a16>
- Bye, M. (2011). Pulmonary Atelectasis. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/1001160-overview>
- Cruz, S. (2008), A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto de Enfermagem Avançada. *Servir*, 56 (5), 200 – 206;
- França, D., Apolinário, A., Velloso, M. & Parreira, V. (2010). Reabilitação pulmonar na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Fisioterapia e pesquisa*, 17 (1), 81-87. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502010000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Frias, A., Rodrigues, L. & Pavia, A. (2012). Os benefícios do recrutamento alveolar nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca. In *Encontro de Enfermagem em Contexto Hospitalar: o que fazemos para cuidar*. Beja. Acedido em 19/05/2015. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/7706>
- Hedenstierna, G. & Edmark, L. (2010). Mechanisms of atelectasis in the perioperative period. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 24 (2), p. 157-169. **DOI:** 10.1016/j.bpa.2009.12.002;
- Henderson, V. (1994). La Naturaleza de la Enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación - reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana, 1994;
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do francês La réadaptation, 2001, Éditions Seli Arslan SA);
- Irdesel, J., Aydiner, S. & Akgoz; S. (2007). Rehabilitation outcome after traumatic brain injury. *Neurocirurgia*, 18, p. 5-15;
- Kèrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A & Major, F. (1996). El pensamiento enfermero. (M. A. Blanco, Trad.). Barcelona: Masson. (Tradução em espanhol da obra original en francês La Pensée Enfirmière, MCMXCIV Éditions Études Vivantes);
- Lord, R., Mayhew, C., Korupolu, R., Manthey, E., Friedman, M., Palmer, J. et al (2013). ICU early physical rehabilitation programs: financial modeling of cost savings. *Critical Care Medicine*, 41 (3), 714-724. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182711de2>
- Madappa, T. (2011a). Atelectasis. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/296468-overview>;

Madappa, T. (2011b). Atelectasis Treatment & Management. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/296468-treatment>;

Pereira, J. & Guedes, N. (2011). Come eu, Enfermeiro, faço Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. *Revista Portuguesa Medicina Intensiva*, 18 (3), p. 81-87. Acedido a 19/05/2015. Disponível em http://www.spci.pt/Revista/RPMI_V_18_03.pdf

Rama-Maceiras, P. (2010). Peri-operative atelectasis and alveolar recruitment manoeuvres. *Archivos de Bronconeumologia*, 46 (6), p. 317-324. DOI: 10.1016/j.arbres.2009.10.010;

Rebelo, T. (1997). Sobre a Noção de Prática. *Pensar Enfermagem*, 1, p.3-4;

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/02/2011) 8648 – 8653;

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/2/2011) 8658-8659;

Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. Diário da República, II série, N.º 119 (22/06/2015) 16655-16660;

Rodrigues, C., Varanda, E. & Costa, A. (2012). Atelectasia – Estudos de Caso intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação. *Nursing*, 228, 6-11.

- Silva, D. (2011). *Uso e efeito da cinesioterapia respiratória nos cuidados pós-operatórios de cirurgia cardíaca e abdominal Revisão Literária*. Centro Universitário de Brasília. Curso de Fisioterapia. Brasília. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/4501/3/DJINANE%20CRISTINA%20DE%20MIGUEL%20SILVA.pdf>
- Sousa, L., Duque, H. & Ferreira, A. (2012). Reabilitação Respiratória na Pessoa submetida a Ventilação Invasiva. In M. Cordeiro, E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, Princípios e Técnicas* (p. 194-211). Loures: Lusociência.
- Stiller, K. (2013). Physiotherapy in intensive care: an update systematic review. *Chest*, 144 (3), 825-848. DOI: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.12-2930>
- Tomey, A. (2004). Virginia Henderson: Definição de Enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência.

Apêndice 1.1 Planeamento das Atividades – UCI

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2 Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B1 Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>J2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p>	<p>1. Conhecer a dinâmica organo-funcional da UCI</p> <p>2. Compreender o contributo de EEER na equipa multidisciplinar</p>	<p>➤ Conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes na UCI através da visita ao local, entrevista com Enfº chefe e Enfº orientador, reuniões informais com o enfermeiro orientador e consulta de documentos do serviço;</p> <p>➤ Conhecimento da equipa de enfermagem e multidisciplinar da UCI;</p> <p>➤ Conhecimento das normas e protocolos utilizados na UCI;</p> <p>➤ Integração na dinâmica organo-funcional do respetivo contexto, assumindo progressivamente a função de EEER;</p> <p>➤ Recolha de informação pertinente que permita a articulação com outros serviços e/ou comunidade, promovendo os cuidados de enfermagem de reabilitação em parceria com o doente;</p> <p>➤ Esclarecimento de dúvidas referentes ao funcionamento do serviço com o EEER orientador;</p>	<p>Humanos: equipa de enfermagem da UCI, nomeadamente e Enfº chefe, Enfº orientador do local de estágio e equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: normas, protocolos, projeto da UCI, documento de registo de informação clínica</p> <p>Físicos: UCI</p>	<p>➤ Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes na UCI;</p> <p>➤ Ter conhecimento da equipa de enfermagem e multidisciplinar da UCI;</p> <p>➤ Ter conhecimento das normas e protocolos utilizados na UCI;</p> <p>➤ Ter-me integrado na dinâmica organo-funcional do respetivo contexto, assumindo progressivamente a função de EEER;</p> <p>➤ Ter recolhido informação pertinente que permita a articulação com outros serviços e/ou comunidade, promovendo os cuidados de enfermagem de reabilitação em parceria com o doente;</p> <p>➤ Ter esclarecido as dúvidas referentes ao funcionamento do serviço com os EEER orientador;</p>
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	<p>De que modo compreendi o contributo do EEER na equipa multidisciplinar?</p> <p>De que modo as atividades desenvolvidas promoveram o conhecimento da equipa multidisciplinar e a minha integração na mesma?</p>			

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>D1 Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2 Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	3. Refletir sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa em situação de atelectasia e sua família	<p>➤ Pesquisa bibliográfica sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER;</p> <p>➤ Promoção de momentos de esclarecimento de dúvidas e reflexão quando solicitado, assumindo a função de EEER;</p> <p>➤ Reflexão sobre incidentes críticos e situações chave no processo de aprendizagem;</p> <p>➤ Elaboração de reflexão segundo o ciclo de Gibbs referente aos fatores inibidores e facilitadores para alcançar os objetivos propostos;</p> <p>➤ Partilha com o EEER orientador das reflexões realizadas;</p>	<p>Humanos: pessoa em situação de atelectasia; enfermeiro orientador e professor orientador</p> <p>Materiais: reflexões críticas individuais</p> <p>Físicos: UCI</p>	<p>➤ Ter realizado pesquisa bibliográfica sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER;</p> <p>➤ Ter promovido momentos de esclarecimento de dúvidas e reflexão quando solicitado, assumindo a função de EEER;</p> <p>➤ Ter refletido sobre incidentes críticos e situações chave no processo de aprendizagem;</p> <p>➤ Ter elaborado reflexão segundo o ciclo de Gibbs referente aos fatores inibidores e facilitadores para alcançar os objetivos propostos;</p> <p>➤ Ter partilhado com o EEER orientador as reflexões realizadas;</p>
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	<p>De que modo a reflexão efetuada foi crucial no processo de desenvolvimento de competências como futura EEER?</p> <p>De que modo consegui responder ao presente objetivo?</p>			

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>B2 Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>D1 Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade</p> <p>D2 Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>4. Aprofundar conhecimentos relativos à patologia atelectasia – fisiopatologia, EAD e intervenções do EEER</p>	<p>➤ Consulta de bibliografia – base de dados e referenciais teóricos atualizados sobre atelectasia;</p> <p>➤ Conhecimento das normas e protocolos referentes à pessoa com atelectasia, existentes na UCI;</p> <p>➤ Aquisição de conhecimentos referentes à patologia atelectasia e a função do EEER na mesma;</p> <p>➤ Elaboração de normas e/ou protocolos que visem a melhoria contínua da qualidade, se necessário;</p> <p>➤ Conhecimento da intervenção do EEER na recuperação da pessoa em situação de atelectasia;</p> <p>➤ Esclarecimento de dúvidas e partilha de experiência com o EEER orientador;</p>	<p>Humanos: equipa de enfermagem da UCI, nomeadamente e EEER orientador e equipa multidisciplinar ; professor orientador</p> <p>Materiais: normas, protocolos, internet, referenciais teóricos</p> <p>Físicos: UCI</p>	<p>➤ Ter consultado bibliografia – base de dados e referenciais teóricos atualizados sobre atelectasia;</p> <p>➤ Ter conhecimento das normas e protocolos referentes à pessoa com atelectasia, existentes na UCI;</p> <p>➤ Ter adquirido conhecimentos referentes à patologia atelectasia e a função do EEER na mesma;</p> <p>➤ Ter elaborado normas e/ou protocolos que visem a melhoria da qualidade, caso necessário;</p> <p>➤ Ter conhecido a intervenção do EEER na recuperação da pessoa em situação de atelectasia;</p> <p>➤ Ter esclarecido as dúvidas e partilhado a experiência com o EEER orientador;</p>
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	De que modo os conhecimentos adquiridos promoveram a adequação das minhas intervenções como futura EEER na pessoa com atelectasia?			

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados</p>	<p>5. Prestar cuidados especializados à pessoa em cuidados intensivos ao nível da RFR, com especial ênfase à pessoa em situação de atelectasia</p>	<p>➤ Prestação de cuidados individualizados à pessoa em situação de atelectasia;</p> <p>➤ Pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de RFR;</p> <p>➤ Demonstração de conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações respiratórias da pessoa em situação de atelectasia;</p> <p>➤ Avaliação da NHF respirar: avaliação da respiração, aprendizagem e aplicação da auscultação pulmonar, observação e interpretação de EAD, nomeadamente RxTx e gasimetria arterial;</p> <p>➤ Avaliação da pessoa em situação de atelectasia, conceção de planos, selecção, prescrição e reavaliação das intervenções com vista à recuperação da NHF respirar, com supervisão do EEER orientador;</p> <p>➤ Discussão das alterações da NHF respirar com a pessoa e definição das estratégias a implementar, dos resultados esperados e das metas a atingir;</p>	<p>Humanos: pessoa em situação de atelectasia; enfermeiro orientador e professor orientador</p> <p>Materiais: processos clínicos dos doentes; instrumentos de colheita de dados e de avaliação, bibliotecas da ESEL, bases de dados da EBSCO</p> <p>Físicos: UCI</p>	<p>➤ Ter prestado cuidados individualizados à pessoa em situação de atelectasia;</p> <p>➤ Ter realizado pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de RFR;</p> <p>➤ Ter demonstrado conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações respiratórias da pessoa em situação de atelectasia;</p> <p>➤ Ter avaliado a NHF respirar: avaliação da respiração, auscultação pulmonar e observação/interpretação de exames auxiliares de diagnóstico;</p> <p>➤ Ter avaliado a pessoa em situação de atelectasia, ter concebido planos, seleccionado, prescrito e reavaliado intervenções com vista à recuperação da NHF respirar, sob orientação do EEER orientador;</p> <p>➤ Ter discutido as alterações da NHF respirar com a pessoa e ter definido as estratégias a implementar, resultados esperados e metas a atingir;</p>

<p>J1 – Cuidada de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>		<p>➤ Realização de técnicas de RFR que visem promover a sincronia e adaptação ao ventilador: técnicas de relaxamento e posições de descanso, controlo da respiração e sincronia com o ventilador, exercícios de respiração abdomino-diafragmática e costal (selectivos e globais);</p> <p>➤ Realização de técnicas de RFR que visem melhorar a relação ventilação/perfusão: técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração, ventilação dirigida, abertura costal seletiva e hiperinsuflação manual;</p> <p>➤ Realização de técnicas de RFR que visem manter a permeabilidade das vias aéreas: hidratação e humidificação das secreções, administração de terapêutica inalatória, incentivo à realização de inspirações profundas, expansão/re-expansão pulmonar (se adequado à modalidade ventilatória);</p> <p>➤ Realização de técnicas de RFR que visem promover a mobilização e eliminação de secreções: drenagem postural, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão), aspiração de secreções, hiperinsuflação manual e utilização de dispositivos auxiliares nomeadamente Cough Assist com supervisão do EEER orientador;</p>		<p>➤ Ter realizado técnicas de RFR que visem promover a sincronia e adaptação ao ventilador;</p> <p>➤ Ter realizado técnicas de RFR que visem melhorar a relação ventilação/perfusão;</p> <p>➤ Ter realizado técnicas de RFR que visem manter a permeabilidade das vias aéreas;</p> <p>➤ Ter realizado técnicas de RFR que visem promover a mobilização e eliminação de secreções;</p>
---	--	--	--	--

		<p>➤ Avaliação e reformulação do plano RFR em função dos resultados;</p> <p>➤ Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;</p> <p>➤ Trabalho com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área da reabilitação;</p>		<p>➤ Ter avaliado e reformulado o plano de RFR em função dos resultados;</p> <p>➤ Ter monitorizado a implementação dos resultados dos programas implementados através de registos efetuados e escalas existentes no respectivo contexto;</p> <p>➤ Ter trabalhado com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área de reabilitação;</p>
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	<p>De que modo a implementação destas atividades permitiu elaborar planos de intervenção à pessoa em cuidados intensivos ao nível da RFR, com especial ênfase à pessoa em situação de atelectasia?</p> <p>De que modo as intervenções planeadas promoveram o meu crescimento como futura EEER?</p>			

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados</p> <p>J1 – Cuidada de pessoas com necessidades especiais,</p>	<p>6. Prestar cuidados especializados à pessoa em cuidados intensivos ao nível da reeducação sensório-motora com vista à readaptação sócio-familiar</p>	<p>➤ Prestação de cuidados individualizados à pessoa em cuidados intensivos, com alterações sensório-motoras;</p> <p>➤ Pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de reeducação sensório-motora;</p> <p>➤ Demonstração de conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações sensório-motoras da pessoa em cuidados intensivos;</p> <p>➤ Conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção promotores de independência, qualidade de vida e reintegração da pessoa com alterações sensório-motoras de acordo com os princípios do EEER;</p> <p>➤ Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas de reeducação sensório-motora com vista à recuperação e readaptação da pessoa;</p> <p>➤ Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;</p> <p>➤ Reformulação de programas de treino sensório-motor em função dos resultados;</p>	<p>Humanos: pessoa com atelectasia; enfermeiro orientador</p> <p>Materiais: processos clínicos dos doentes; instrumentos de colheita de dados e de avaliação</p> <p>Físicos: UCI</p>	<p>➤ Ter prestado cuidados individualizados à pessoa em cuidados intensivos, com alterações sensório-motoras;</p> <p>➤ Ter feito pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de reeducação sensório-motora;</p> <p>➤ Ter demonstrado conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações sensório-motoras da pessoa em cuidados intensivos;</p> <p>➤ Ter concebido, implementado e avaliado planos de intervenção promotores de independência, qualidade de vida e reintegração da pessoa com alterações sensório-motoras de acordo com os princípios do EEER;</p> <p>➤ Ter ensinado, demonstrado e treinado técnicas no âmbito dos programas de reeducação sensório-motora com vista à recuperação e readaptação da pessoa;</p> <p>➤ Ter monitorizado a implementação dos resultados dos programas implementados através de registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;</p> <p>➤ Ter reformulado programas de treino sensório-motor em função dos resultados;</p>

<p>ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>		<p>➤ Trabalho com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área da reabilitação;</p>		<p>➤ Ter trabalhado com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área de reabilitação;</p>
<p>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</p>	<p>De que modo a implementação destas atividades permitiu elaborar planos de intervenção à pessoa em cuidados intensivos ao nível da reeducação sensório-motora?</p> <p>De que modo as intervenções planeadas promoveram o meu crescimento como futura EEER?</p>			

Apêndice 1.2 Planeamento das Atividades - ECCI

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2 Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B1 Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>J2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p>	<p>1. Conhecer a dinâmica organo-funcional da ECCI</p> <p>2. Compreender o contributo de EEER na equipa multidisciplinar</p>	<p>➤ Conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes na ECCI através da visita ao local e entrevista com Enf^a coordenadora, reuniões informais com o Enf^o orientador e consulta de documentos do serviço;</p> <p>➤ Conhecimento da equipa de enfermagem e multidisciplinar da ECCI;</p> <p>➤ Conhecimento das normas e protocolos utilizados na ECCI;</p> <p>➤ Integração na dinâmica organo-funcional do respetivo contexto, assumindo progressivamente a função de EEER;</p> <p>➤ Recolha de informação pertinente que permita a articulação com outros serviços e/ou comunidade, promovendo os cuidados de enfermagem de reabilitação em parceria com o doente;</p> <p>➤ Esclarecimento de dúvidas referentes ao funcionamento do serviço com o EEER orientador;</p>	<p>Humanos: equipa de enfermagem da ECCI, nomeada mente Enf^a coordenadora e orientador do local de estágio; equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: normas, protocolos, projeto da ECCI, documento de registo de informação clínica</p> <p>Físicos: ECCI</p>	<p>➤ Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes na ECCI;</p> <p>➤ Ter conhecimento da equipa de enfermagem multidisciplinar da ECCI;</p> <p>➤ Ter conhecimento das normas e protocolos utilizados na ECCI;</p> <p>➤ Ter-me integrado na dinâmica organo-funcional do respetivo contexto, assumindo progressivamente a função de EEER;</p> <p>➤ Ter recolhido informação pertinente que permita a articulação com outros serviços e/ou comunidade, promovendo os cuidados de enfermagem de reabilitação em parceria com o doente;</p> <p>➤ Ter esclarecido as dúvidas referentes ao funcionamento do serviço com os EEER orientador;</p>
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	<p>De que modo as atividades desenvolvidas promoveram o conhecimento da equipa multidisciplinar e a minha integração na mesma?</p> <p>De que modo compreendi o contributo do EEER na equipa transdisciplinar?</p>			

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>D1 Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2 Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	3. Refletir sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa e família, na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesquisa bibliográfica sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER; ➤ Promoção de momentos de esclarecimento de dúvidas e reflexão quando solicitado, assumindo progressivamente a função de EEER; ➤ Reflexão sobre incidentes críticos e situações chave no processo de aprendizagem; ➤ Elaboração de reflexão segundo o ciclo de Gibbs referente aos fatores inibidores e facilitadores para alcançar os objetivos propostos; ➤ Partilha com o EEER orientador das reflexões realizadas; 	<p>Humanos: pessoa e sua família, na comunidade; enfermeiro orientador e professor orientador</p> <p>Materiais: reflexões críticas individuais</p> <p>Físicos: ECCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter realizado pesquisa bibliográfica sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER; ➤ Ter promovido momentos de esclarecimento de dúvidas e reflexão quando solicitado, assumindo a função de EEER; ➤ Ter refletido sobre incidentes críticos e situações chave no processo de aprendizagem; ➤ Ter elaborado reflexão segundo o ciclo de Gibbs referente aos fatores inibidores e facilitadores para alcançar os objetivos propostos; ➤ Ter partilhado com a EEER orientador as reflexões realizadas;
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	<p>De que modo a reflexão efetuada foi crucial no processo de desenvolvimento de competências como futura EEER?</p> <p>De que modo consegui responder ao presente objetivo?</p>			

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados</p>	<p>4. Prestar cuidados especializados à pessoa e família, na comunidade, ao nível da RFR</p>	<p>➤ Prestação de cuidados individualizados à pessoa com alteração da NHF respirar;</p> <p>➤ Pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área da RFR;</p> <p>➤ Avaliação da NHF respirar: avaliação da respiração, aprendizagem e aplicação da auscultação pulmonar, observação e interpretação de exames auxiliares de diagnóstico;</p> <p>➤ Avaliação da pessoa com alteração da NHF respirar, conceção de planos, selecção, prescrição e reavaliação das intervenções com vista à recuperação da NHF respirar, com supervisão do EEER orientador;</p> <p>➤ Discussão das alterações da NHF respirar com a pessoa e definição das estratégias a implementar, dos resultados esperados e das metas a atingir;</p> <p>➤ Realização de técnicas de RFR que visem promover a consciencialização e controlo da respiração: expiração com os lábios semi-cerrados e respiração diafragmática;</p>	<p>Humanos: pessoa e família na comunidade; enfermeiro orientador e professor orientador</p> <p>Materiais: processos clínicos dos doentes; instrumentos de colheita de dados e de avaliação, bibliotecas da ESEL, bases de dados da EBSCO</p> <p>Físicos: ECCI</p>	<p>➤ Ter prestado cuidados individualizados à pessoa com alteração da NHF respirar;</p> <p>➤ Ter realizado pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área da RFR;</p> <p>➤ Ter avaliado a NHF respirar: avaliação da respiração, auscultação pulmonar e observação/interpretação de exames auxiliares de diagnóstico;</p> <p>➤ Ter avaliado a pessoa com alteração da NHF respirar, ter concebido planos, seleccionado, prescrito e reavaliado intervenções com vista à recuperação da NHF respirar, sob orientação do EEER orientador;</p> <p>➤ Ter discutido as alterações da NHF respirar com a pessoa e ter definido as estratégias a implementar, resultados esperados e metas a atingir;</p> <p>➤ Ter realizado técnicas de RFR que visem promover a consciencialização e controlo da respiração;</p>

<p>J1 – Cuidada de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de técnicas de RFR que visem promover a reeducação diafragmática e costal: reeducação diafragmática, reeducação das hemicúpulas, reeducação costal global e seletiva; ➤ Realização de técnicas de RFR que visem manter a permeabilidade das vias aéreas: hidratação e humidificação das secreções, administração de terapêutica inalatória; ➤ Realização de técnicas de RFR que visem promover a mobilização e eliminação de secreções: ensino da tosse, drenagem postural, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão), técnica de expiração forçada, ciclo ativo das técnicas respiratórias e aspiração de secreções; ➤ Avaliação e reformulação do plano RFR em função dos resultados; ➤ Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter realizado técnicas de RFR que visem promover a reeducação diafragmática e costal; ➤ Ter realizado técnicas de RFR que visem manter a permeabilidade das vias aéreas; ➤ Ter realizado técnicas de RFR que visem promover a mobilização e eliminação de secreções; ➤ Ter avaliado e reformulado o plano de RFR em função dos resultados; ➤ Ter monitorizado a implementação e os resultados dos programas implementados através de registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;
<p>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</p>	<p>De que modo a implementação destas atividades permitiu elaborar planos de intervenção à pessoa com alteração da NHF respirar?</p> <p>De que modo as intervenções planeadas promoveram o meu crescimento como futura EEER?</p>		

COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados</p>	<p>5. Prestar cuidados especializados à pessoa e família, na comunidade, ao nível da reeducação sensório-motora com vista à readaptação sócio-familiar</p>	<p>➤ Prestação de cuidados individualizados à pessoa com alteração da função sensório-motora;</p> <p>➤ Pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de reeducação sensório-motora;</p> <p>➤ Avaliação da pessoa com alterações da função sensório-motora: exame neurológico (estado mental, pares craneanos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha);</p> <p>➤ Conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção promotores de independência, qualidade de vida e reintegração da pessoa com alterações sensório-motoras de acordo com os princípios do EEER. Intervenção a vários níveis:</p> <p>✓ Alteração da mobilidade - alteração da força muscular, tônus muscular, controlo postural e função sensorial (evitando ou diminuindo a espasticidade, estimulando a sensibilidade, treinando o equilíbrio, reeducando o mecanismo reflexo-postural, estimulando movimentos do lado afectado);</p> <p>✓ Treino de AVD (higiene, vestuário,</p>	<p>Humanos: pessoa e sua família na comunidade; enfermeiro orientador</p> <p>Materiais: processos clínicos dos doentes; instrumentos de colheita de dados e de avaliação</p> <p>Físicos: ECCI</p>	<p>➤ Ter prestado cuidados individualizados à pessoa com alterações sensório-motoras;</p> <p>➤ Ter feito pesquisa bibliográfica para desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de reeducação sensório-motora;</p> <p>➤ Ter avaliado a pessoa com alterações da função sensório-motora: exame neurológico;</p> <p>➤ Ter concebido, implementado e avaliado planos de intervenção promotores de independência, qualidade de vida e reintegração da pessoa com alterações sensório-motoras de acordo com os princípios do EEER;</p>

<p>J1 – Cuidada de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J 3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>		<p>alimentação, uso sanitário, transferir-se);</p> <p>✓ Estratégias/atividades terapêuticas (facilitação cruzada, posicionamento em padrão anti-espástico, programa de mobilizações, atividades terapêuticas: rolar, ponte, rotação controlada da anca, automobilização, carga no cotovelo, exercícios de equilíbrio, levante e transferências, treino de marcha controlada);</p> <p>✓ Garantia da acessibilidade (entrada habitações, espaços comuns, instalação sanitária);</p> <p>➤ Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas de reeducação sensório-motora com vista à recuperação e readaptação da pessoa de acordo com as alterações: das funções cognitivas, linguagem, motricidade facial, deglutição, eliminação intestinal e vesical, integridade cutânea, sexualidade, alteração emocional e social;</p> <p>➤ Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;</p> <p>➤ Reformulação de programas de treino sensório-motor em função dos resultados;</p>		<p>➤ Ter ensinado, demonstrado e treinado técnicas no âmbito dos programas de reeducação sensório-motora com vista à recuperação e readaptação da pessoa e família de acordo com as alterações diagnosticadas;</p> <p>➤ Ter monitorizado a implementação e os resultados dos programas implementados através de registos efetuados e escalas existentes no respetivo contexto;</p> <p>➤ Ter reformulado programas de treino sensório-motor em função dos resultados;</p>
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trabalho com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área da reabilitação; ➤ Participação na formação de pares, pessoa e família de acordo com as necessidades diagnosticadas; 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ter trabalhado com a equipa multidisciplinar na promoção da recuperação e readaptação da pessoa, assumindo atitudes de consultor na área de reabilitação; ➤ Ter participado na formação de pares, pessoa e família de acordo com as necessidades.
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	<p>De que modo a implementação destas atividades permitiu elaborar planos de intervenção à pessoa e família, na comunidade, ao nível da reeducação sensório-motora, com vista à readaptação sócio-familiar?</p> <p>De que modo as intervenções planeadas promoveram o meu crescimento como futura EEER?</p>			

Apêndice 1.3 Cronograma

Ano		2015														2016																
Mês		Abril/ Julho	Set					Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro					Fevereiro Março				
Dias			28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	4	11	18	25	1	8	15	22	28								
N.º da Semana de Estágio			2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	1	8	15	22	29	5	12	19	26	4								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	FÉRIAS DE NATAL	13	14	15	16	17	18	RELATÓRIO DE ESTÁGIO										
Local de Estágio			UCI															ECCI														
Objetivos Específicos																																
1.1 / 1.2																																
1.3																																
1.4																																
1.5																																
1.6																																
2.1 / 2.2																																
2.3																																
2.4																																
2.5																																
3																																

Legenda:

- 1.1 Conhecer a dinâmica órgão-funcional da UCI;
- 1.2 Compreender o contributo do EEER na equipa multidisciplinar;
- 1.3 Refletir sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa em situação de atelectasia e sua família;
- 1.4 Aprofundar conhecimentos relativos à patologia atelectasia – fisiopatologia, EAD e intervenção do EEER;
- 1.5 Prestar cuidados especializados à pessoa em cuidados intensivos ao nível da RFR, com especial ênfase à pessoa em situação de atelectasia;
- 1.6 Prestar cuidados especializados à pessoa em cuidados intensivos ao nível da reeducação sensório-motora com vista à readaptação sócio-familiar;
- 2.1 Conhecer a dinâmica órgão-funcional da ECCI;
- 2.2 Compreender o contributo do EEER na equipa multidisciplinar;
- 2.3 Refletir sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa e família, na comunidade;
- 2.4 Prestar cuidados especializados à pessoa e família, na comunidade, ao nível da RFR;
- 2.5 Prestar cuidados especializados à pessoa e família, na comunidade, ao nível da reeducação sensório-motora com vista à readaptação sócio-familiar;
- 3. Elaboração do relatório de estágio.

Apêndice 2
Reflexão sobre início de estágio na UCI

REFLEXÃO SOBRE INÍCIO DE ESTÁGIO NA UCI

O nervosismo do primeiro dia de estágio foi abreviado pelo facto de ter realizado previamente uma visita ao campo que se transformou num turno de observação e reconhecimento do local. A apresentação do espaço físico já tinha acontecido nessa altura, da mesma forma que já vinha um passo à frente do que estaria preconizado – Enfermeiro Chefe e o Enf^o orientador/supervisor já tinham conhecimento do meu projeto de estágio e já havia conhecido alguns membros da equipa multidisciplinar (que se recordavam que um dia voltaria para estagiar). Desta forma posso afirmar que a forma como estava organizada a unidade curricular Opção II – Projeto de formação foi facilitadora no meu processo de transição escola/estágio ou teoria/prática.

Falo em transição pois também eu me considero num processo de transição, isto é, na passagem de um estado, condição ou lugar para outro (Chick & Meleis, 1986); transição de um papel para outro - até então tinha o papel de estudante e a partir deste momento tenho o papel de estagiária/futura enfermeira de Reabilitação e transitei de um lugar mais “protegido” (escola) para o contacto com a realidade (local de estágio) – passei da teoria à prática que como defende Benner (2001) “a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem aprender na teoria” (p. 61).

Estou então perante uma transição situacional - relacionada com acontecimentos que originam alterações de papéis (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Como em todas as transições, existem factores facilitadores e inibidores deste processo, e importa a mim ver refletir sobre eles nesta primeira fase do estágio.

Um aspeto que considero facilitador deste processo, além do acima descrito, diz respeito ao facto de realizar estágio na Instituição onde desempenho a minha actividade profissional (embora que num serviço diferente), o conhecimento da instituição – espaços comuns, acessos, horários, etc., já eram conhecidos representando então factores facilitadores da minha transição. O simples facto de ver “caras conhecidas” representa para mim um fator positivo neste processo de adaptação, nem tudo é novidade. Já me tenho cruzado com colegas que me questionam se agora trabalho naquela unidade – perceber que não sou invisível e que as pessoas me reconhecem é positivo e reconfortante da mesma forma que o é

quando colegas da UCI dizem que deveria pensar seriamente em pertencer aquela equipa, é gratificante quando reconhecem o nosso esforço – considero-me aceite pela equipa. A minha motivação, a necessidade de adquirir novos conhecimentos e a vontade de enveredar pelo mundo dos cuidados intensivos representam aspectos igualmente facilitadores do processo de transição.

Apesar dos fatores facilitadores acima referidos, a minha inexperiência em cuidados intensivos representa o principal fator inibidor do meu processo de adaptação - já era expectável - no entanto a vontade de conhecer o contexto de cuidados intensivos falou mais alto e encaro esta adaptação como um desafio pessoal e profissional que exigirá (prevejo) muito trabalho e dedicação.

Neste percurso que se espera difícil, procuro desenvolver com o meu orientador de estágio um trabalho conjunto, passando de uma relação inicial de maior dependência para uma fase de menor dependência, como é expectável em supervisão clínica em Enfermagem. Pretendo desenvolver uma atitude de colaboração e um ambiente favorável à análise de situações, com vista a melhoria da prática de cuidados, através da reflexão pois a prática que tem por base a reflexão - a prática reflexiva - representa um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem a adquirir um conhecimento profundo dos seus saberes e da sua prática (Santos & Fernandes, 2004), o que significa que o tempo gasto para refletir não é tempo perdido, pelo contrário, é fundamental.

O facto de estagiar num serviço onde o rácio enfermeiro-doente é no máximo de um para dois, o ambiente aprendente que se cultiva e o elevado grau de especialização da equipa facilitam a prática reflexiva e a qualidade de cuidados – que são indissociáveis. “A qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.7). Assim, nesta fase inicial de estágio, a reflexão tem sido uma constante e pretendo manter esta atitude futuramente. Mais do que “fazer coisas”, importa refletir sobre elas, este foi o espírito que me incutiu o meu orientador de estágio e que pretendo manter – o início do turno é sempre marcado por um período onde observamos e analisamos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e definimos o plano de intervenção - que é alvo de reflexão, reavaliação e reformulação ao longo do turno, de acordo com a sua eficácia, tolerância e bem-estar do utente.

A equipa de cuidados intensivos desta instituição é conhecida por ser uma organização aprendente, constituída por indivíduos que se desenvolvem e estimulam a aprendizagem do Outro, espero que este contexto me proporcione o crescimento pessoal e profissional que ambiciono, do mesmo modo que pretendo contribuir para a aprendizagem da equipa/organização, uma vez que “as organizações só aprendem através de indivíduos que aprendem” (Bolívar, 1997, p. 82), estando eu disposta a aprender espero que o meu percurso se realize nesse sentido.

Fazem parte desta equipa três enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, o que a meu ver é uma mais valia pois a possibilidade de partilhar conhecimentos aumenta e sendo estes os enfermeiros “especialistas do pormenor”, “em pequenas coisas” (Hesbeen, 2001, p. 85, 87), espero nesta equipa perceber os pormenores que a tornam diferente e nos tornam esses especialistas que vêem a pessoa como um ser único.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*, first edition, 2001, Pearson Education, Inc);
- Bolívar, A. (1997). A Escola como Organização que Aprende. In Canário, R. (org.). *Formação e Situações de Trabalho* (79-100). Porto: Porto Editora;
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986), *Transitions: A nursing concern*. Boulder, Aspen Publication. *Nursing research methodology*, p. 237-257. Disponível em <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do francês *La réadaptation*, 2001, Éditions Seli Arslan SA);

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000) - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), p. 12-28;

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Santos, F. & Fernandes, A. (2004), Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, 11, 59 – 62;

Apêndice 3
Reflexão sobre a intervenção do EEER na UCI

REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO DO EEER NA UCI

Nesta fase em que me considero integrada no seio da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, a reflexão sobre a intervenção do EEER torna-se essencial. Assiste-se a uma fase de mudança nesta Unidade de Cuidados Intensivos – o Enfº supervisor do meu estágio está também ele em fase de transição pois foi nomeado elemento de coordenação no início do meu ensino clínico. Atualmente, as suas responsabilidades sofreram grandes alterações. O próprio serviço não tem atravessado tempos fáceis pois existem vários enfermeiros que por vários motivos têm estado ausentes – baixas médicas, acidentes de trabalho, assistência à família, licenças de maternidade, etc.

Esta semana recordo-me de um turno em que o chefe de equipa faltou (ficou um elemento a menos no turno da manhã pois não foi possível substituí-lo), o meu supervisor substituiu (em termos de funções) este elemento, fez a minha supervisão, orientou toda a equipa e ainda estava a ser integrado pelo chefe na coordenação do serviço (será o segundo elemento do serviço brevemente). A primeira questão que coloco é: como seria se estivesse eu no seu lugar? Durante o período de almoço questionei-o sobre a forma como estava a lidar com a situação e respondeu-me que não era fácil gerir tudo simultaneamente mas não podia descartar nenhuma das responsabilidades do dia de hoje – a única que poderia ter adiado seria a integração na coordenação do serviço mas este dia já tinha sido combinado previamente e corria o risco de iniciar a coordenação sem ter oportunidade de integração.

Este dia foi a prova que o Enfermeiro de reabilitação é sem dúvida alguém que vai ao encontro do outro e que desempenha múltiplas funções, tal como defende Hoeman ao referir-se a este profissional como “educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa” (Hoeman, 2000, p. xvii). O ir ao encontro do outro não se observa apenas na relação utente-enfermeiro mas também na relação entre profissionais como pude constatar neste dia. Não quero com isto sobrevalorizar a importância do enfermeiro de reabilitação ou enaltece-lo em demasia relativamente aos outros profissionais, no entanto reconheço este profissional como um ser com um espírito particular como defende Hesbeen (2001), espírito esse que revela o cuidado dispensado ao outro e que inclui não só o utente mas todos os intervenientes de uma equipa multidisciplinar. Estes

profissionais são os profissionais da delicadeza da presença no outro. Oferecem ao outro os meios de que dispõem para que ele possa encontrar o equilíbrio, no caminho que tenha escolhido percorrer ou ao longo do qual deverá caminhar (Hesbeen, 2001).

Este dia de que falei foi, espero, uma exceção. No dia a dia, o que ocorre é o seguinte: é-nos atribuído um utente a quem prestamos cuidados de forma holística – falo no plural pois refiro-me a mim e ao meu orientador de estágio. Todos os momentos são importantes para avaliar o utente, as suas necessidades e definir o plano de cuidados. Prestamos desde os cuidados de higiene e conforto até aos cuidados mais especializados de Enfermagem de Reabilitação. O utente é visto como um ser multidimensional, inserido num ambiente onde todas as dimensões são foco de interesse e onde se valoriza “a experiencia do ser humano como um todo inserido num contexto sempre em interacção” (Martim, 2002, p. 11). Nesta perspectiva, a pessoa é vista como um ser único, que está no centro dos cuidados e que interage com tudo o que a rodeia. A saúde depende da perspectiva de cada pessoa. Os cuidados de enfermagem devem proporcionar o bem estar tal como a pessoa o define e é neste sentido que o EEER norteia a sua intervenção nesta UCI.

Este método de distribuição de utentes tem a meu ver, vantagens e desvantagens. A vantagem é que o utente que nos é atribuído beneficia de cuidados especializados de reabilitação durante a totalidade do turno e consegue-se definir o plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, avaliar a intervenção e quando necessário reformular o referido plano. A desvantagem é que em vez de ser um utente a beneficiar de cuidados especializados de Enfermagem de reabilitação poderiam ser os oito utentes da UCI o alvo de cuidados. Se pensarmos que todos os utentes são foco de atuação do fisioterapeuta (incluindo o utente que recebe cuidados especializados de reabilitação), não se compreende porque apenas um recebe cuidados de reabilitação. Estará relacionado com a escassez de Enfermeiros? Estará relacionado com os custos inerentes ao Enfermeiro/Fisioterapeuta? Segundo consegui apurar, é vontade do chefe de enfermagem constituir uma equipa de Enfermeiros de Reabilitação exclusivamente para cuidados especializados naquela unidade, no entanto, ainda não foi possível pela escassez de recursos humanos que se tem verificado na UCI e na instituição de uma forma geral.

Por outro lado, o facto de o meu supervisor passar a fazer parte da coordenação pode facilitar/difícultar a possibilidade de este projeto se tornar uma realidade. Por um lado, a ocupação de um cargo de gestão poderá afastá-lo da prestação de cuidados e consequentemente da realização deste projeto; por outro lado é conhecida a importância do EEER na gestão dos cuidados de saúde – a presença deste profissional em cargos de gestão é fundamental para o acesso e sucesso dos cuidados de saúde de forma que as necessidades das pessoas sejam satisfeitas, empregando os recursos disponíveis, essencialmente em áreas onde a dependência funcional representa um problema e a independência das pessoas se afirma um desafio. Com esta mudança espera-se que este elemento seja determinante na criação de uma equipa de Reabilitação constituída por profissionais capazes de acompanhar o Outro no caminho que tenha escolhido percorrer (Hesbeen, 2001).

A quarta semana de ensino clínico mudou por completo a dinâmica do meu estágio. O meu supervisor deixou de ter utentes atribuídos e segundo o chefe de serviço passou a ser responsável pela Reabilitação de todos os utentes internados naquela unidade. Deixamos de registar parâmetros vitais de hora a hora, balanço hídrico, diurese, glicemia capilar, administrar medicação horária, preparar perfusões de medicações, etc... e passamos a dedicar-nos exclusivamente à reabilitação dos utentes sem termos obrigações para com um utente em particular mas com todos de uma forma geral. Isto só foi possível pois houve elementos que estavam ausentes que regressaram ao serviço – houve uma espécie de reforço da equipa.

Nesta semana posso dizer que as aprendizagens e as oportunidades de pôr em prática os conhecimentos teóricos aprendidos ocorreram de forma intensa como nunca tinha acontecido até então. Os registos de Enfermagem de Reabilitação sofreram igualmente grande evolução pois começamos a adaptar o padrão CIPE e a linguagem SAPE à nossa realidade e à nossa intervenção, o que não acontecia até então. Houve necessidade de criar novos diagnósticos de Enfermagem e respectivas intervenções no padrão documental desta unidade. Questionei-me várias vezes: não faziam registos porque efetivamente não havia cuidados de Enfermagem de Reabilitação? Não houve tempo até então para esta atualização? Havia cuidados de Reabilitação mas não havia registo? Pela reação do chefe

presumo que nunca se terá questionado sobre os registos de Enfermagem de Reabilitação.

Nas primeiras semanas os registos de Enfermagem de Reabilitação eram feitos em notas corridas nas notas gerais, a partir deste momento passamos a registar a nossa intervenção de acordo com as normas CIPE o que representa grande evolução e melhoria. Lopes (2006) refere que qualquer profissional necessita de desenvolver competências para lidar com as dificuldades e até mesmo com as inquietações que lhe vão surgindo no seu quotidiano profissional. Inicialmente a criação do padrão documental foi uma dificuldade, actualmente é uma mais valia que representa a qualidade dos cuidados que prestamos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do francês *La réadaptation*, 2001, Éditions Seli Arslan SA);

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação* (M. Abecasis, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês *Rehabilitation Nursing – Process and Application*, 1986, Mosby, 2nd Edition);

Lopes, M. (2006) A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance. *Formasau*, ISBN: 972-8485-62-X;

Martin, C. (2002). Cuidados de enfermagem, uma disciplina: condições e desafios. *Pensar Enfermagem*, 6 (1), p. 9-16;

Apêndice 4
Jornal de Aprendizagem –
Intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia na UCI

INTERVENÇÃO DO EEER NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE ATELECTASIA NA UCI

Esta semana prestei cuidados ao sr C.S. que foi submetido a angioplastia da artéria comunicante posterior esquerda (no bloco operatório) e como sequelas motoras apresenta uma hemiplegia direita com parésia facial homolateral. Está sedoanalgesiado com propofol e fentanilo, em modalidade ventilatória de pressão controlada. Em termos de avaliação do estado de consciência: não tem abertura de olhos nem resposta verbal e reage à dor com alguma inquietação motora sendo que por vezes localiza o estímulo doloroso.

Aquando da observação do RxTx percebi que existia uma hipotransparência em todo o lobo inferior do pulmão esquerdo. Na avaliação do doente, estando este em decúbito semi-dorsal esquerdo, apresentava estabilidade ventilatória: apresenta SpO2 entre 98 e 99%, bem coordenado com o ventilador, sem sinais de dispneia, apirético; quando foi colocado em decúbito dorsal para uma avaliação respiratória mais fidedigna percebi que existia hipomobilidade do hemitórax esquerdo embora com tórax simétrico. À auscultação pulmonar verifica-se ausência do murmúrio vesicular na base pulmonar esquerda com roncos dispersos no restante campo pulmonar. Quando alterado o posicionamento, as SpO2 baixaram, tendo permanecido entre 94 e 95%. Perante a junção da informação recolhida, constatamos que se trata de uma situação de atelectasia provocada provavelmente pela acumulação de secreções.

Depois de avaliado o doente elaborou-se um plano de intervenção que na prática ocorreu em três tempos diferentes: numa primeira fase procurou-se humidificar as secreções e realizar drenagem postural modificada para assegurar a permeabilidade da via aérea; na segunda fase promoveu-se a eliminação de secreções realizando manobras para melhorar a relação ventilação perfusão e numa terceira fase realizaram-se manobras para promover a sincronia com o ventilador e diminuir a tensão muscular.

A primeira fase coincidiu com a hora da higiene e fez-se utilizando soro fisiológico e os vários posicionamentos necessários. Nos decúbitos para a esquerda privilegiou-se a humidificação com soro fisiológico sendo que a aspiração de secreções foi mais evidente nos decúbitos para o lado direito.

Na segunda fase realizamos manobras de reeducação costal da porção anterior do tórax, porção inferior e porção lateral com abertura costal (com maior ênfase do lado esquerdo) e manteve-se sempre a drenagem postural modificada com manobras acessórias – vibração e compressão – associadas à fase expiratória. Quando o doente é posicionado em decúbitos para o lado esquerdo verifica-se SpO2 baixas (92-93%), no entanto verifica-se a eliminação de secreções em grande quantidade e o aumento gradual da mobilidade do hemitórax esquerdo.

Passadas duas horas de drenagem postural modificada passa-se para a terceira fase do programa de RFR. Nesta altura, a auscultação pulmonar é normal: murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios. SpO2 99-100%. Optamos por posicionar o doente em semi-fowler de forma a diminuir a tensão muscular, promover a sincronia com o ventilador (pela redução de pressões externas), proporcionar posição de descanso e da mesma forma aumentar a excursão diafragmática – pelo peso das vísceras – estimulando desta forma a respiração abdomino-diafragmática.

O programa de RFR foi eficaz pois resolveu a situação de atelectasia nesta pessoa, indo de encontro ao que nos diz a literatura. Rodrigues, Varanda & Costa (2012) afirmam que a pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos, requer um tratamento prioritário, onde o EEER assume um papel importante como se percebeu neste caso específico. Para tal recorre a várias técnicas que visam promover a sincronia e adaptação do doente ao ventilador, melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das vias aéreas e promover a mobilização e eliminação de secreções (Sousa, Duque & Ferreira, 2012) – tudo isto é válido neste caso particular. O RxTx realizado no dia seguinte as 7h era normal, a hipotransparência que relatei deixara de existir (eram notórios os seios costofrénicos e cardiofrénicos) verificando-se condições respiratórias para progredir no desmame ventilatório.

Refletindo sobre a situação surgem algumas questões: porque é que eu não fiz gasimetria antes e depois da sessão de RFR para poder comparar e obter dados quantitativos? Porque não partilhei com o médico assistente o sucesso da minha intervenção? – Poderia até solicitar RxTx após a sessão... Apesar de me sentir muito útil e saber que a minha intervenção foi eficaz, poderia dar mais visibilidade ao meu trabalho até para os outros elementos da equipa perceberem o valor que tem o enfermeiro de reabilitação na equipa. Na altura preocupei-me em resolver a

situação, utilizando os recursos mais eficazes e no período de tempo menor, sem me preocupar com dados quantitativos que poderiam melhor documentar o sucesso da minha intervenção. Recordo-me que depois do programa de reeducação funcional respiratória realizei reeducação sensório-motora nesta pessoa e de seguida fui prestar cuidados a outro utente; só depois de terminar o programa de reabilitação deste último efectuei registos de enfermagem – mais uma vez dei prioridade ao fazer e retirei prioridade aos registos de enfermagem.

Desta experiência o que retiro como positivo diz respeito à minha intervenção na prática de cuidados: avaliação correta da situação, elaboração de plano de RFR adequado, técnicas eficazes e correta reavaliação. O que me parece menos positivo refere-se à monitorização dos resultados obtidos e à partilha do sucesso com a equipa. Era preferível despende de mais algum tempo e poder monitorizar de forma mais eficaz a minha intervenção. Preocupei-me em realizar as técnicas corretas e aplicar toda a teoria do meu projeto de formação e poderia ter feito muito mais. Partilhar o sucesso deve fazer parte da nossa prática. Se os insucessos na nossa profissão são tantas vezes apontados porque não partilhar o sucesso? Segundo o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2013), definido pela secção regional sul da Ordem dos Enfermeiros, reconhecer e partilhar o sucesso representa o último passo do projeto, refere-se à celebração do sucesso e deve incluir toda a equipa.

Outro aspeto a melhorar diz respeito aos registos de Enfermagem que devem ser realizados sempre que possível após a intervenção para não cair no esquecimento aspectos importantes da intervenção (que acontece com o passar do tempo) e para estes não perderem a sua essência. Como defende Hesbeen (2001), os registos são instrumentos interessantes e surpreendentes: interessantes porque são a prova de uma atividade reflexiva e de um desejo de organização e de profissionalização; surpreendentes porque a sua utilização, bem como a perceção que os enfermeiros têm deles, nem sempre estão a altura das esperanças daqueles que tentam à custa da persistência implanta-los.

Nesta fase inicial da prática de cuidados especializados, preocupo-me mais em obter resultados e realizar técnicas do que em demonstrar e registar a eficácia das mesmas. Quero muito poder fazer e saber fazer e por vezes ficam para trás alguns passos não menos importantes e até fundamentais para o meu sucesso e para o sucesso da Enfermagem de reabilitação. Não nos podemos esquecer que

juntos representamos uma profissão e muito em breve vou pertencer ao grupo de Enfermeiros de Reabilitação, como tal tenho de seguir as regras que os orientam.

Assim, numa situação futura, tentarei obter o máximo de dados mensuráveis antes e depois da intervenção que realize. Importa realizar intervenções eficazes mas importa igualmente monitorizar a intervenção sempre que possível (neste caso específico era possível) para não cair num erro frequente em enfermagem quando dizemos que a pessoa alvo de cuidados melhorou... Mas melhorou quanto? É quantificável? A implementação de outros instrumentos de medida (nomeadamente a interpretação da gasimetria) permitiria neste caso monitorizar a intervenção de enfermagem de reabilitação, como preconizado pela OE, demonstrando a eficácia dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Lusociência - Edições e técnica Lda;

Rodrigues, C., Varanda, E. & Costa, A. (2012). Atelectasia – Estudos de Caso intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação. *Nursing*, 228, 6-11;

Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem Regional. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/PublishingImages/2%C2%BA%20Concurso%20Padr%C3%B5es%20de%20Qualidade_2015/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf

Sousa, L., Duque, H. & Ferreira, A. (2012). Reabilitação Respiratória na Pessoa submetida a Ventilação Invasiva. In M. Cordeiro, E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, Princípios e Técnicas* (p. 194-211). Loures: Lusociência.

Apêndice 5
Jornal de Aprendizagem –
Intervenção do EEER na pessoa em situação de úlceras de pressão

INTERVENÇÃO DO EEER NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Na semana passada tive a oportunidade de prestar cuidados a um utente com LVM (lesão vertebro medular) que já tinha estado internado nesta unidade numa fase inicial, foi transferido entretanto para a Unidade de Intensivos Neurocirúrgicos mas por necessitar de uma monitorização mais apertada (informação médica) veio novamente transferido para este serviço.

Trata-se de um jovem de 20 anos, vítima de acidente de viação com LVM por compressão por esmagamento. Na altura foi internado com fratura instável da C2 e fraturas várias entre D1 e D5. Está sedoanalgesiado com doses elevadas com o objetivo de manter a adaptação ventilatória, pressões intracranianas dentro dos parâmetros normais e o alinhamento para proteção medular. Apresenta sensor de PIC (pressão intracraniana) que demonstra grande instabilidade aquando da higiene e tentativa de alternância de decúbitos. Tem colocado colar cervical *philadelphia* e tem sido mobilizado em bloco. Apresenta úlceras de pressão na região sagrada - provavelmente porque o decúbito compatível com a estabilidade hemodinâmica é o decúbito dorsal - e no mento por pressão do colar cervical.

Num turno da manhã, estávamos a refletir (eu e o meu supervisor) sobre o que poderíamos oferecer a este jovem para poder melhorar a sua condição ou pelo menos proporcionar-lhe algum conforto e resolvemos falar com o neurocirurgião que o vinha observar. Tinha feito TAC cervical no dia anterior que revelava melhoria da lesão ao nível da cervical (fratura alinhada, estável). Perante essa informação e tendo em consideração o estado de sedação do utente, questionou-se o clínico da possibilidade do doente permanecer sem colar cervical quando posicionado em decúbito dorsal - o clínico concorda deixando apenas indicação para este ser colocado aquando da alternância de decúbitos no leito ou aquando do transporte para algum exame/procedimento fora da UCI. Esta informação foi transmitida à colega que estava responsável pelo utente e durante os cuidados de higiene nesse dia procedeu-se logo à remoção do referido colar.

Na manhã seguinte quando observamos a região sagrada do utente, percebemos que a úlcera de pressão estava a evoluir negativamente de dia para dia. O tratamento que estava a ser realizado era o adequado (em termos de material utilizado no tratamento), no entanto era impossível proporcionar alívio de pressão

naquela zona porque o utente não tolera alternância de decúbitos. Tentamos várias vezes posicioná-lo em vários decúbitos, sem sucesso – devido à instabilidade hemodinâmica e de valores de PIC que se verificava. A respeito disto, a equipa de Enfermagem foi inclusive informada pelo Médico assistente de Cuidados Intensivos que preferia que o utente ficasse “com cérebro e com úlceras do que sem úlceras e sem cérebro” (sic).

Perante a situação foi sugerido por nós (EEER) o uso de colchão de pressão alterna que efetivamente não existia na UCI mas foi pedido a outro serviço tendo sido devidamente testado e colocado. A respeito deste equipamento houve necessidade de esclarecer alguns colegas relativamente à sua funcionalidade e aproveitei para alertar sobre as regras de boa utilização para que se possa devolver da mesma forma como nos chegou até porque sabemos que se trata de um material dispendioso e que não está a ser fornecido aos serviços atualmente (apesar dos vários pedidos deste tipo de colchão à administração - nomeadamente a UCI como vim a perceber em conversa com o chefe).

O sentimento que emerge de imediato é a desilusão porque efetivamente existem tantos produtos disponíveis para prevenção e tratamento de úlceras de pressão e estamos perante um jovem onde estas lesões surgiram e agravaram-se de forma galopante. Não temos material adequado na UCI/instituição? Não estamos despertos para a realidade das úlceras de pressão e as suas consequências no futuro? Eram inevitáveis tendo em consideração a especificidade deste utente?

O meu pensamento girou muito em volta do que o clínico afirmou – compreendo por um lado que com a instabilidade de pressões intracranianas era impossível pensar em alternância de decúbitos pois de facto a estabilidade hemodinâmica tem prioridade, mas se for possível conciliar tudo tanto melhor – o ideal é conseguirmos proporcionar estabilidade hemodinâmica, segurança, conforto e integridade da pele. Não me parece correto estarmos a tomar decisões como se de nós próprios se tratasse.

O que me parece positivo nesta situação que descrevo diz respeito à reflexão que motivou a nossa intervenção como EEER. Refletir não é tempo perdido, pelo contrário, é fundamental para organizar o pensamento, questionar a realidade e propor alternativas viáveis como aconteceu nesta situação. No caso da possibilidade de retirar o colar cervical bastou uma simples conversa com o neurocirurgião para fazer “desaparecer” essa barreira limitadora de conforto e geradora de úlceras de

pressão – tenho noção que esta preocupação deve partir de nós (enfermeiros e predominantemente do enfermeiro de reabilitação) porque somos nós que lidamos diariamente com a dificuldade em adotar medidas de alívio de pressão quando a obrigatoriedade de manter o colar colocado existe. Se não tivéssemos questionado o médico sobre essa questão certamente o próprio não faria essa observação pois não seria, penso, seu foco de atenção.

Classifico igualmente como positivo a sugestão, obtenção (pedir emprestado já que não existe no serviço) e aplicação do colchão de pressão alterna, assim como o esclarecimento dos colegas relativamente a aspetos importantes sobre a utilização/manutenção do mesmo – um exemplo claro de educação informal. Como defende Canário (2006), a maior parte das aprendizagens feitas pelo indivíduo não acontece na escola, “a aprendizagem de coisas que não são ensinadas, ou seja que não obedecem aos requisitos do modelo escolar, corresponde ao que de uma forma genérica se pode designar por **educação não formal**” (p.160) como acontece neste caso.

A utilização deste colchão parece-me muito adequada nesta situação, no entanto, esta medida deveria ter sido tomada precocemente pois este sempre foi um utente com risco elevado de desenvolver úlceras de pressão – já no internamento anterior deste jovem nesta unidade deveria ter sido colocado este colchão ou na sua inexistência, deveria ter sido pelo menos sugerido aquando da sua transferência para o serviço de neurocirurgia que se sabe à partida que possui este tipo de equipamento. Nós que conhecemos o nosso utente temos obrigação (quando transferimos um utente) não apenas de apresentar os antecedentes pessoais, o motivo de internamento, os cateteres que possui e linhas, etc., mas também (e é fundamental) apresentar o plano de cuidados - e neste cabem as sugestões - que podem funcionar como alerta para o enfermeiro que vai receber o utente no seu serviço.

Uma vez mais posso provar a importância do EEER na equipa multidisciplinar. De acordo com Hesbeen (2001), a equipa deve basear a sua prática de cuidados “na experiência e no questionamento e orientada para uma acção reflectida” (p. 79), repensando naquilo que se experiencia em cada nova situação – foi o que se fez nesta situação – reflexão sobre o que poderíamos oferecer a este jovem para melhorar a sua condição/ proporcionar conforto.

A personalização do projeto de cuidados de enfermagem passa pela descodificação, análise e partilha de informação com a equipa multidisciplinar – e foi o que fizemos. Partindo do pressuposto que o objetivo da nossa intervenção visa garantir que o utente chegue à fase de sequelas com as capacidades residuais intactas e que as limitações existentes sejam apenas consequência das lesões inicialmente sofridas e não o resultado de uma prestação de cuidados insuficiente ou inadequada, percebemos que algo falhou neste caso, no entanto importa assumir que nem todos os casos são de sucesso, de qualquer forma, este ideal deve estar sempre presente quando definimos um plano de reabilitação.

Esta situação que descrevo é o exemplo claro do EEER como elo de ligação na equipa multidisciplinar, uma vez que nutre um “interesse sentido pelo futuro da pessoa” (Hesbeen, 2001, p. XI) e desempenha o papel de “educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa”. (Hoeman, 2000, p. xvii) como foi possível evidenciar neste dia.

De forma a avaliar o impacto da lesão medular nas atividades de vida diária e na função deste utente, assim como os resultados da reabilitação, poderia ter usado a MIF (Medida de Independência Funcional) de forma a monitorizar a nossa intervenção como EEER, como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010). Numa situação futura terei em consideração este importante pormenor que não foi posto em prática e que pode fazer a diferença.

Outra sugestão que deixo refere-se à importância de realizar formação interna relativamente ao impacto das úlceras de pressão no futuro da pessoa. Já assistimos a formação sobre a importância de prevenir e monitorizar úlceras de pressão, material a utilizar no tratamento das úlceras, etc., seria importante refletir sobre o impacto que pode ter uma úlcera de pressão no processo de reabilitação da pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Canário, R. (2006). *Aprender sem ser ensinado. A importância estratégica da educação não formal*. In Conselho Nacional de Educação. A Educação em Portugal (1986-2006). Alguns contributos de investigação. Lisboa: Conselho Nacional de Educação;

Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Lusociência - Edições e técnica Lda;

Hoeman, S. (2000). Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação (M. Abecasis, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Rehabilitation Nursing – Process and Application, 1986, Mosby, 2nd Edition)

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/2/2011) 8658-8659;

Apêndice 6

**Projeto de Qualidade segundo os Padrões de Qualidade dos
Cuidados de Enfermagem da OE -
Intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia na UCI
de um Hospital Central**

PROJETO DE QUALIDADE: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE ATELECTASIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UM HOSPITAL CENTRAL

1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

2 – PERCEBER O PROBLEMA

3 – FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

4 – PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES

6 – VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

7 – PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, NORMALIZAR E TREINAR EQUIPA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice 5.1 – Registo de utentes com atelectasia nesta UCI

Apêndice 5.2 – Intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia nesta UCI

LISTA DE SIGLAS

CIPE Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EAD Exames Auxiliares de Diagnóstico

EEER Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

NHF Necessidade Humana Fundamental

RFR Reeducação Funcional Respiratória

SAPE Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCI Unidade de Cuidados Intensivos

1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Atelectasia representa um problema respiratório frequente na pessoa em cuidados intensivos, no entanto, a sua incidência e prevalência não estão devidamente documentadas (Bye, 2011; Madappa, 2011a). Esta é uma realidade na Unidade de Cuidados Intensivos desta instituição.

A redução da incidência de complicações respiratórias, nomeadamente atelectasia, e a melhoria da funcionalidade podem ser atingidas com programas de reabilitação (Irdesel, Aydiner & Akgoz, 2007; Silva, 2011), que são benéficos e não causam efeitos colaterais (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010).

O objectivo geral deste projeto vai de encontro à orientação da intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia na UCI desta instituição. Adequar a intervenção deste profissional à linguagem CIPE e uniformizar registos SAPE são objetivos específicos a atingir. Uma vez que a incidência e prevalência desta patologia não são conhecidas, outro objectivo específico diz respeito ao registo da prevalência desta patologia nesta Unidade.

Com base no terceiro enunciado descritivo do regulamento dos padrões de qualidade (Prevenção de complicações) foi elaborado este projeto de melhoria da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, na temática intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa em situação de atelectasia.

Atelectasia não é foco de Enfermagem, no entanto, **limpeza das vias aéreas** e **expetorar** são dois focos que traduzem esta patologia em linguagem CIPE. O primeiro por dizer respeito ao “processo do sistema respiratório: manter aberta a passagem de ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do tracto respiratório” (CIPE versão 2.0, 2011, p.61) e o segundo por estar relacionado com o primeiro, direccionado para o utente – “limpeza das vias aéreas: expulsão do muco, material mucopurulento ou líquido da traqueia, brônquios e pulmões, tossindo ou cuspidando” (CIPE versão 2.0, 2011, p.54).

O foco **limpeza das vias aéreas** consta do Resumo mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem, que se subdivide em dois diagnósticos: **limpeza das vias aéreas comprometida** e **capacidade para expectorar** e está directamente relacionado como já referimos anteriormente com a intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia.

2 – PERCEBER O PROBLEMA

Para perceber a dimensão do problema da pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos fomos pesquisar dados nacionais e internacionais sobre a temática e os resultados foram muito circunscritos.

As complicações respiratórias, nomeadamente atelectasia, são a principal causa de morbilidade e mortalidade pós-operatória (Rama-Maceiras, 2010; Madappa, 2011b). A incidência e prevalência desta patologia não estão devidamente documentadas (Bye, 2011; Madappa, 2011a) pelo que importa realizar estudos e elaborar projectos nesta área.

Sabe-se que atelectasia surge em 90% dos doentes anestesiados e pode persistir por vários dias de pós-operatório (Hedenstierna & Edmark, 2010) pelo que importa estudar de perto esta patologia e o seu impacto na pessoa e família. Sendo esta UCI um serviço onde a pessoa em situação de pós-operatório permanece com frequência, importa perceber de que forma intervém o EEER.

A redução da incidência de complicações pós-operatórias, nomeadamente atelectasia, e a melhoria da funcionalidade podem ser atingidas com programas de reabilitação (Irdesel, Aydiner & Akgoz, 2007; Silva, 2011), que são benéficos e não causam efeitos colaterais (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010) pelo que pretendo enfatizar a intervenção do EEER na **prevenção e tratamento** da atelectasia nesta UCI.

3 – FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

Conhecer a prevalência da patologia atelectasia nesta UCI.

Orientar a intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia nesta UCI;

Adequar a intervenção deste profissional à linguagem CIPE e uniformizar registos SAPE na UCI desta instituição.

4 – PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

Atelectasia deriva do grego “ateles” que significa imperfeita ou incompleta e “ektasis” que significa expansão ou dilatação, e refere-se ao colapso dos alvéolos, devido a uma obstrução das vias aéreas inferiores ou deficiente ventilação pulmonar, provocando inexistência de expansão (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

As causas da atelectasia podem ser de origem obstrutiva e não obstrutiva (Madappa, 2011a):

Atelectasia obstrutiva é a mais comum e resulta da obstrução entre a traqueia e os alvéolos; a causa deste tipo de atelectasia pode ser um tumor, corpo estranho ou **a mais comum - obstrução provocada pela acumulação de secreções.**

Atelectasia não obstrutiva pode ser causada pela perda de contacto entre a pleura visceral e parietal, compressão, deficiência de surfactante ou diminuição do volume como sequele grave da substituição do parênquima por cicatrizes:

- A perda de contacto entre a pleura visceral e parietal diz-se atelectasia passiva e é desencadeada por pneumotórax ou derrame pleural;
- Atelectasia por compressão ocorre através de qualquer lesão ocupante de espaço no tórax que comprime o pulmão e o ar para fora dos alvéolos;

- Atelectasia por défice de surfactante surge por aumento da tensão na superfície alveolar, o que promove o colapso alveolar - observado principalmente na síndrome de dificuldade respiratória do adulto (SDRA);
- Diminuição do volume como sequela grave da substituição do parênquima é causada geralmente por doença granulomatosa ou pneumonia necrozante.

5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES

Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é aquele que “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”. (Diário da República, 2011b, pág. 8658). Na sua actividade, identifica as necessidades de saúde, analisa os dados sobre cada situação, fórmula diagnósticos, prescreve intervenções e avalia-as, permitindo assim a implementação e monitorização de planos de Enfermagem de Reabilitação, sempre orientado pelas oito categorias de enunciados descritivos previstas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: satisfação dos doentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos doentes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de Enfermagem (Diário da República, 2015, pág. 16656). Este projeto incidirá no terceiro enunciado descritivo (prevenção de complicações) como já referimos anteriormente.

Como já referimos, um dos objetivos estabelecidos visa conhecer a prevalência da atelectasia, na pessoa em cuidados intensivos. Para tal, elaboramos folha própria de registo do número de utentes com atelectasia nesta UCI (apêndice 5.1) – registo efetuado pelo EEER. Com a análise dos valores registados obteremos o **Indicador Epidemiológico – taxa de prevalência** da patologia atelectasia nesta UCI:

$$\frac{\text{Nº de casos de utentes com atelectasia num determinado período na UCI}}{\text{Nº total utentes nesse período na UCI}} \times 100$$

A taxa de prevalência deve ser calculada em períodos de 3 em 3 meses (numa fase inicial) – a definir desde a data de implementação deste projeto, devendo numa fase mais avançada calcular-se anualmente.

A pessoa em situação de atelectasia em cuidados intensivos, requer um tratamento prioritário, onde o EEER assume um papel importante (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012), recorrendo a várias técnicas que visam promover a sincronia e adaptação do doente ao ventilador, melhorar a relação ventilação/perfusão, manter a permeabilidade das vias aéreas e promover a mobilização e eliminação de secreções (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

EEER atua na promoção do sincronismo com o ventilador promovendo o relaxamento da pessoa; para tal, aconselham-se técnicas de relaxamento e posições de descanso, controlo da respiração e sincronismo com a modalidade ventilatória, exercícios de reeducação costal e abdomino-diafragmática como forma de melhorar o padrão respiratório (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

A relação ventilação/perfusão surge alterada na pessoa em cuidados intensivos e pode ser melhorada através de várias técnicas. Na pessoa com ventilação endotraqueal, as insuflações com ressuscitador manual podem ser realizadas com vista à re-expansão pulmonar (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012). Nas pessoas em condições de participar voluntariamente, o programa de reabilitação deve incidir no ensino de técnicas que promovam a expansibilidade torácica nomeadamente, técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios (com ênfase na inspiração), reeducação abdomino-diafragmática, ventilação dirigida e abertura costal (Sousa, Duque & Ferreira, 2012).

Manter a permeabilidade das vias aéreas representa outro foco de atuação do EEER; nesse sentido, deve favorecer a hidratação e humidificação das secreções, administração de broncodilatadores/mucolíticos (quando prescrito e necessário) ou nebulizações com soro fisiológico (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012).

A mobilização e eliminação de secreções representam muitas vezes um objectivo a atingir em reabilitação respiratória, onde o EEER intervém de forma

ímpar através de várias técnicas, nomeadamente: drenagem postural, manobras acessórias (compressão, percussão e vibração) e aspiração de secreções. Higiene brônquica (posicionamento, insuflação manual, vibração e compressão torácica) também está indicada na pessoa com ventilação mecânica com presença de secreções, e é fundamental em atelectasias lobares (Stiller, 2013).

A intervenção do EEER na unidade de cuidados intensivos demonstrou ser uma prática segura mesmo em doentes com entubação orotraqueal, (Pereira & Guedes, 2011; Borges, Peixoto & Carvalho, 2009); embora represente uma prática recente, sabe-se que é benéfica e não causa efeitos colaterais (França, Apolinário, Velloso & Parreira, 2010) o que mais uma vez justifica a intervenção do EEER neste contexto.

O EEER assume um papel determinante no tratamento de atelectasias, que inclui a avaliação do doente, cinesiterapia respiratória/intervenções específicas, orientação da equipa e reavaliação (Rodrigues, Varanda & Costa, 2012).

Por todas estas razões acima enumeradas emergiu o segundo objetivo específico que vai de encontro à orientação da intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia neste contexto de cuidados intensivos. Deste modo, após uma revisão da literatura dos últimos 5 anos, obtivemos indicações para construção do plano de intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia (apêndice 5.2), que vão desde a avaliação do utente/diagnóstico da atelectasia à intervenção do EEER e reformulação do plano de intervenção/avaliação.

Uma vez prevista a intervenção do EEER conseguiremos perceber se foi eficaz a intervenção destes profissionais perante estes utentes e em quantos casos foi eficaz (**Indicador de Resultado – Taxas de ganhos efetivos**):

$$\frac{\text{Nº de casos de utentes com atelectasia onde o EEER interveio e obteve resultados efetivos, num dado período}}{\text{Nº de casos de utentes com atelectasia no mesmo período}} \times 100$$

Esta taxa deverá calcular-se numa fase inicial de 3 em 3 meses como já referimos na anterior, devendo numa fase mais avançada calcular-se anualmente.

O terceiro objetivo visa adequar a intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia à linguagem CIPE e uniformizar registos SAPE. Desta forma, adicionou-se ao plano de intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia, a forma de registo de cada actividade a desenvolver, em SAPE, de acordo com o padrão CIPE actual desta UCI (apêndice 5.2). Não obstante de haver necessidade de reformulação futura neste último ponto (a avaliar).

6 – VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

Após avaliação do indicador epidemiológico – taxa de prevalência relativamente à patologia atelectasia em contexto de cuidados intensivos, poderemos perceber a sua frequência neste contexto.

Uma vez orientada a intervenção do EEER conseguiremos perceber se foi eficaz a intervenção destes profissionais perante estes utentes e em que percentagem foi eficaz.

À medida que registamos a nossa intervenção em linguagem SAPE conseguiremos uniformizar registos e perceber a adequação do padrão CIPE deste serviço à nossa intervenção.

7 – PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, NORMALIZAR E TREINAR EQUIPA

Organização de um *dossier* com toda a documentação actualizada neste serviço, de acesso fácil;

Avaliação trimestral dos resultados;

Divulgação do percurso e dados obtidos;

Atualização das intervenções SAPE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borges, V., Oliveira, L., Peixoto, E. & Carvalho, N. (2009). Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (4), 446-452. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n4/v21n4a16>
- Bye, M. (2011). Pulmonary Atelectasis. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/1001160-overview>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Tradução do original do inglês ICNP Version 2 – International classification for nursing practice);
- França, D., Apolinário, A., Velloso, M. & Parreira, V. (2010). Reabilitação pulmonar na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Fisioterapia e pesquisa*, 17 (1), 81-87. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502010000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Hedenstierna, G. & Edmark, L. (2010). Mechanisms of atelectasis in the perioperative period. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 24 (2), p. 157-169. DOI: 10.1016/j.bpa.2009.12.002;
- Irdesel, J., Aydiner, S. & Akgoz; S. (2007). Rehabilitation outcome after traumatic brain injury. *Neurocirurgia*, 18, p. 5-15;
- Madappa, T. (2011a). Atelectasis. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/296468-overview>;
- Madappa, T. (2011b). Atelectasis Treatment & Management. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/296468-treatment>

Pereira, J. & Guedes, N. (2011). Come eu, Enfermeiro, faço Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. *Revista Portuguesa Medicina Intensiva*, 18 (3), p. 81-87. Acedido a 19/05/2015. Disponível em http://www.spci.pt/Revista/RPMI_V_18_03.pdf

Rama-Maceiras, P. (2010). Peri-operative atelectasis and alveolar recruitment manoeuvres. *Archivos de Bronconeumologia*, 46 (6), p. 317-324. DOI: 10.1016/j.arbres.2009.10.010;

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18/2/2011) 8658-8659;





































Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. Diário da República, II série, Nº 119 (22/06/2015) 16655-16660;

Rodrigues, C., Varanda, E. & Costa, A. (2012). Atelectasia – Estudos de Caso intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação. *Nursing*, 228, 6-11;

Silva, D. (2011). *Uso e efeito da cinesioterapia respiratória nos cuidados pós-operatórios de cirurgia cardíaca e abdominal Revisão Literária*. Centro Universitário de Brasília. Curso de Fisioterapia. Brasília. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/4501/3/DJINANE%20CRISTINA%20DE%20MIGUEL%20SILVA.pdf>

Sousa, L., Duque, H. & Ferreira, A. (2012). Reabilitação Respiratória na Pessoa submetida a Ventilação Invasiva. In M. Cordeiro, E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, Princípios e Técnicas* (p. 194-211). Loures: Lusociência;

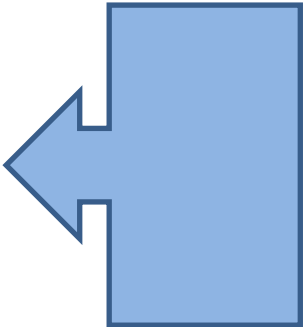

Apêndice 6.1 - Registo de utentes com atelectasia nesta UCI

<div>DATA</div> <div>UTENTE</div>	<div> / / </div>	<div> / / </div>	<div> / / </div>	<div> / / </div>
CAMA 1 Nome:				
CAMA 2 Nome:				
CAMA 3 Nome:				
CAMA 4 Nome:				
CAMA 5 Nome:				
CAMA 6 Nome:				
CAMA 7 Nome:				
CAMA 8 Nome:				
CAMA 9 Nome:				

Apêndice 6.2 – Intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia nesta UCI

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES A DESENVOLVER	REGISTOS SAPE
<p>Prestar cuidados individualizados e especializados em Enfermagem de Reabilitação à pessoa em situação de atelectasia nesta UCI</p>	<p>➤ Avaliação da NHF Respirar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da respiração; - Auscultação pulmonar; - Observação e interpretação do RxTx; - Observação e interpretação da gasimetria arterial; <div data-bbox="660 869 806 1045" style="text-align: center;"> </div> <p><u>Se atelectasia assinalar em folha de registo própria;</u></p>	<p><u>ATITUDE TERAPÊUTICA:</u></p> <p>VENTILAÇÃO INVASIVA / VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA</p> <p>No caso de oxigenoterapia – FENÓMENO DISPNEIA</p> <div data-bbox="1892 805 2060 909" style="text-align: right;"> </div> <p><u>INTERVENÇÃO</u></p> <p>Vigiar ventilação (Abrir SOS)</p> <p>(em notas associadas descrever a auscultação pulmonar, interpretação de RxTx e gasimetria);</p>

	<p>➤ Elaboração do programa de RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas de relaxamento e posições de descanso; ✓ Técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração; ✓ Controlo da respiração e sincronia com o ventilador (se ventilação mecânica); ✓ Ventilação dirigida; ✓ Exercícios de respiração abdomino-diafragmática e costal (selectivos e globais); ✓ Exercícios de abertura costal (selectiva); ✓ Hidratação e humidificação das secreções, ✓ Administração de terapêutica inalatória; ✓ Incentivo à realização de inspirações profundas; ✓ Ensino e incentivo da tosse (assistida /dirigida); ✓ Hiperinsuflação manual; ✓ Drenagem postural modificada com manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); ✓ Utilização de dispositivos auxiliares nomeadamente Cough Assist se adequado; ✓ Aspiração de secreções; ✓ Vigiar as secreções brônquicas; 	<p><u>FENÓMENO EXPECTORAR</u> <u>INTERVENÇÃO</u></p> <p>Executar atmosfera húmida; Executar cinesiterapia respiratória; Incentivar tossir; Estimular reflexo de tosse; Aspirar secreções (cavidade oral, nasal, traqueostomia, tubo traqueal); Vigiar a expectoração; Vigiar reflexo de tosse; Providenciar equipamento adaptativo (Cough Assist p. ex.); (em notas associadas acrescentar especificações)</p> <p><u>FENÓMENO DISPNEIA</u> <u>INTERVENÇÃO</u></p> <p>Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento; Otimizar inaloterapia;</p>
--	--	---

	<p>Ponderar inclusão destas <u>INTERVENÇÕES</u> no <u>FENÓMENO</u> DISPNEIA</p> 	<p>Ensinar / Instruir / Treinar a pessoa sobre técnica respiratória; Ensinar / Instruir / Treinar inaloterapia através de inalador; Executar ventilação com ressuscitador manual; (em notas associadas acrescentar especificações)</p>
AVALIAÇÃO	<p>Avaliação e reformulação do plano RFR em função dos resultados;</p> <p>Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados;</p>	<p>Registar em notas associadas à intervenção Vigiar ventilação a eficácia (ou não) da sessão de RFR;</p>  <p>Abrir SOS Vigiar ventilação após programa de RFR e reavaliar a NHF Respirar.</p>

Apêndice 7
Apresentação do Projeto de Qualidade -
Intervenção do EEER na pessoa em situação de atelectasia na UCI



Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa em situação de atelectasia na UCI

Autor: Clara Gonçalves

Docente orientador:
Prof. Coordenador Joaquim Paulo Oliveira

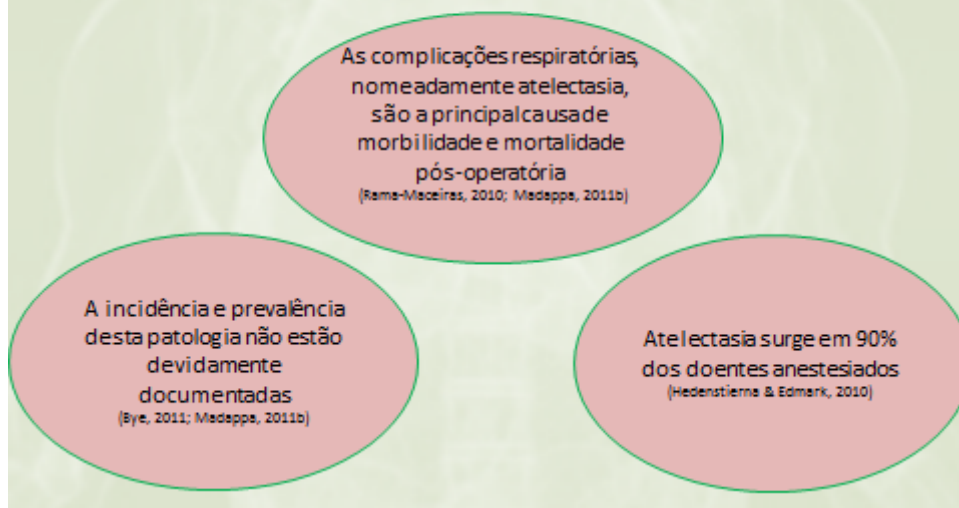
Novembro 2015

SUMÁRIO

- 1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA
- 2 – PERCEBER O PROBLEMA
- 3 – FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS
- 4 – PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA
- 5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES
- 6 – VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS
- 7 – PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR EQUIPA
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

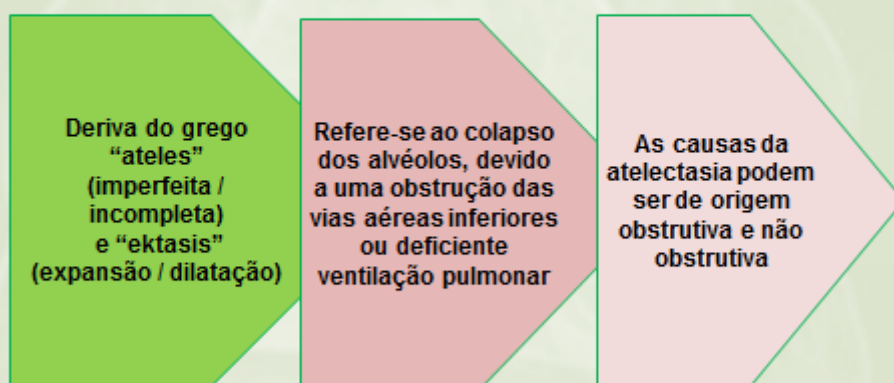
1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Revisão da Literatura:



1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Atelectasia



(Madappa, 2011a)

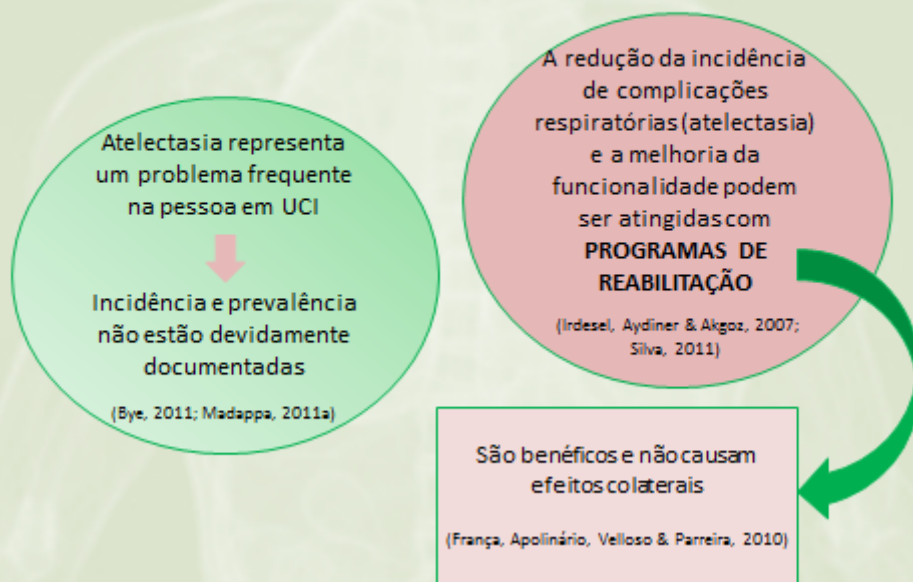
1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Terceiro enunciado descritivo do regulamento dos padrões de qualidade: **Prevenção de complicações;**

Atelectasia não é foco de Enfermagem, no entanto, **limpeza das vias aéreas** e **expectorar** são dois focos que traduzem esta patologia em linguagem CIPE;

O foco **limpeza das vias aéreas** consta do Resumo mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem, que se subdivide em dois diagnósticos: **limpeza das vias aéreas comprometida** e **capacidade para expectorar;**

2 – PERCEBER O PROBLEMA



3 – FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

Objectivo geral

Orientar a intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia nesta UCI;

Objetivos específicos

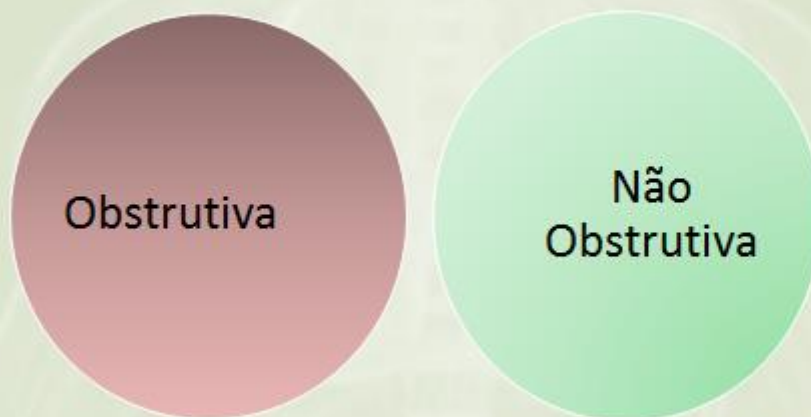
Registar a prevalência da atelectasia na UCI;

Traduzir a intervenção do EEER em linguagem CIPE;

Uniformizar registos SAPE;

4 – PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

Atelectasia



(Madappa, 2011a)

4 – PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA


ATELECTASIA DE CAUSA OBSTRUTIVA


- É a mais comum e resulta da obstrução entre a traqueia e os alvéolos;
- a causa deste tipo de atelectasia pode ser um tumor, corpo estranho ou **a mais comum - obstrução provocada pela acumulação de secreções;**


(Madappa, 2011a)

4 – PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

ATELECTASIA DE CAUSA NÃO OBSTRUTIVA

- A perda de contacto entre a pleura visceral e parietal diz-se **ATELECTASIA PASSIVA**  **Pneumotórax ou derrame pleural;**
- **ATELECTASIA POR COMPRESSÃO** ocorre através de qualquer lesão ocupante de espaço no tórax (comprime o pulmão e o ar para fora dos alvéolos)

















 **ATELECTASIA POR DÉFICE DE SURFACTANTE** surge por aumento da tensão na superfície alveolar, o que promove o colapso
Síndrome de dificuldade respiratória do adulto (SDRA);

 **DIMINUIÇÃO DO VOLUME** como sequela grave da substituição do parênquima
doença granulomatosa ou pneumonia necrozante;

(Madappa, 2011a)

5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES



1 - Registo de utentes com atelectasia na UCI

DATA \ UTENTE	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
CAMA 1 Nome:				
CAMA 2 Nome:				
CAMA 3 Nome:				
CAMA 4 Nome:				

Com a análise dos valores registados obteremos o **Indicador Epidemiológico – taxa de prevalência** da patologia atelectasia nesta UCI - deve ser calculada em períodos de 3 em 3 meses (relação entre o nº de casos de utentes com atelectasia / Nº total utentes nesse período na UCI)

5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES

2 – Uniformização da intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia nesta UCI

OBJETIVO E SPECÍFICO	ATIVIDADES A DESENVOLVER	REGISTOS SAPE
Prestar cuidados individualizados e especializados em Enfermagem de Reabilitação a pessoa em situação de atelectasia nesta UCI	<p>➤ Avaliação da NHF Respirar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da respiração; - Auscultação pulmonar; - Observação e interpretação do RxTx; - Observação e interpretação da gasimetria arterial;  <p><u>Se atelectasia assinalar em folha de registo própria;</u></p>	<p>ATITUDE TERAPÉUTICA:</p> <p>VENTILAÇÃO INVA SIVA / VENTILAÇÃO NÃO INVA SIVA</p> <p>No caso de oxigenoterapia – FENÓMENO DISPNEIA </p> <p><u>INTERVENÇÃO</u></p> <p>Vigiar ventilação (Abrir SOS)</p> <p>(em notas associadas descrever a auscultação pulmonar, interpretação de RxTx e gasimetria);</p>


5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES

2 – Uniformização da intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia nesta UCI

ATIVIDADES A DESENVOLVER	REGISTO S SAPE
<p>> Definir Programa de RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxamento e posições de descanso; - Técnicas de controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração; - Controlo da respiração e sincronia com o ventilador (se ventilação mecânica); - Ventilação dirigida; - Exercícios de respiração abdomino-diafragmática e costal (seleativos e globais); - Exercícios de abertura costal (seleativa); - Hidratação e humidificação das secreções; - Administração de terapêutica inalatória; - Incentivo à realização de inspirações profundas; - Ensino e incentivo da tosse (assistida / dirigida); - Hiperinsuflação manual; - Drenagem postural modificada com manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); - Utilização de dispositivos auxiliares nomeadamente Cough Assist se adequado; - Aspiração de secreções; - Vigiar as secreções brônquicas; 	<p>FENÓMENO EXPECTORAR</p> <p>INTERVENÇÃO</p> <p>Executar atmosfera húmida;</p> <p>Executar olnesiterapia respiratória;</p> <p>Incentivar tossir;</p> <p>Estimular reflexo de tosse;</p> <p>Aspirar secreções (cavidade oral, nasal, traqueostomia, tubo traqueal);</p> <p>Vigiar a expectoração;</p> <p>Vigiar reflexo de tosse;</p> <p>Prover/enotar equipamento adaptativo (Cough Assist p. ex.);</p> <p>(em notas associadas acrescentar especificações)</p>


5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES

2 – Uniformização da intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia nesta UCI

ATIVIDADES A DESENVOLVER	REGISTO S SAPE
<p>Ponderar inclusão destas INTERVENÇÕES no FENÓMENO DISPNEIA</p> 	<p><u>FENÓMENO DISPNEIA</u></p> <p><u>INTERVENÇÃO</u></p> <p>Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento;</p> <p>Otimizar Inaloterapia;</p> <p>Ensinar / Instruir / Treinar a pessoa sobre técnica respiratória;</p> <p>Ensinar / Instruir / Treinar Inaloterapia através de Inalador;</p> <p>Executar ventilação com ressuscitador manual;</p> <p>(em notas associadas acrescentar especificações)</p>

5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES

2 – Uniformização da intervenção do EEER perante a pessoa em situação de atelectasia nesta UCI

AVALIAÇÃO	<p>Avaliação e reformulação do plano RFR em função dos resultados;</p> <p>Monitorização da implementação e dos resultados dos programas implementados através dos registos efetuados;</p>	<p>Registrar em notas associadas à intervenção Vigiar ventilação a eficácia (ou não) da sessão de RFR;</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Abrir SOS Vigiar ventilação após programa de RFR e reavaliar a NHF Respirar.</p>
-----------	---	--

5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES

Uma vez uniformizada a intervenção do EEER conseguiremos perceber se foi eficaz a intervenção perante estes utentes e em quantos casos foi eficaz (**Indicador de Resultado** – Taxa de ganhos efetivos):

$$\frac{\text{Nº de casos de utentes com atelectasia onde o EEER interveio e obteve resultados efetivos, num dado período}}{\text{Nº de casos de utentes com atelectasia no mesmo período}} \times 100$$

6 – VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

- Após avaliação do indicador epidemiológico – **taxa de prevalência** poderemos perceber a frequência da atelectasia na UCI;
- Após avaliação do Indicador de resultado – **taxa de ganhos efetivos** conseguiremos perceber se a intervenção do EEER foi eficaz na pessoa com atelectasia e em que percentagem foi eficaz;
- À medida que registamos a nossa intervenção em linguagem SAPE conseguiremos **uniformizar registos** e perceber a adequação do padrão CIPE deste serviço à nossa intervenção;

7 – PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDADIZAR E TREINAR EQUIPA

- Organização de um dossier com toda a documentação actualizada, de acesso fácil;
- Avaliação trimestral dos resultados;
- Divulgação do percurso e dados obtidos;
- Atualização das intervenções SAPE;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bye, M. (2011). Pulmonary Atelectasis. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/1001160-overview>

França, D., Apolinário, A., Velloso, M. & Parreira, V. (2010). Reabilitação pulmonar na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Fisioterapia e pesquisa*, 17 (1), 81-87. Acedido a 19/05/2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502010000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Hedenstierna, G. & Edmark, L. (2010). Mechanisms of atelectasis in the perioperative period. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 24 (2), p. 157-169. DOI: 10.1016/j.bpa.2009.12.002.

Irdiesel, J., Aydinler, S. & Akgöz, S. (2007). Rehabilitation outcome after traumatic brain injury. *Neurocirurgia*, 18, p. 5-15.

Madappa, T. (2011a). Atelectasis. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/296468-overview>.

Madappa, T. (2011b). Atelectasis Treatment & Management. *Medscape*. Acedido a 19/05/2015. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/296468-treatment>

Rama-Macelras, P. (2010). Peri-operative atelectasis and alveolar recruitment manoeuvres. *Archivos de Bronconeumologia*, 46 (6), p. 317-324. DOI: 10.1016/j.arbres.2009.10.010




Apêndice 8
Documento para avaliação da função respiratória da pessoa em
contexto de UCI

Enfermagem de Reabilitação

Nome:

Nº Processo:

Diagnóstico:

Data da Avaliação	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Score Glasgow			
Sedação/Analgesia			
Modalidade Ventilatória			
Frequência Respiratória			
Volume Corrente			
Pressão Pico			
Sat O2			
Lesões torácicas			
Dor			
Auscultação Pulmonar: MV e RA M - Mantido D - Diminuído A - Ausente R - Roncos S - Sibilos F - Fervores			
Tosse: E - Eficaz I - Ineficaz A - Ausente			
Secreções Brônquicas			

Plano de Reeducação Funcional respiratória

Objetivo	Técnica	Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Reduzir Tensão Muscular	Técnicas de Relaxamento				
	Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios				
Melhorar Relação V/Q	Respiração Diafragmática				
	Reeducação Costal Global: Com bastão/Sem bastão Seletiva: Dta/Esqª (com Abertura Costal)				
Assegurar Permeabilidade das vias aéreas	Ensino da Tosse (Assistida/Dirigida)				
	Drenagem Postural				
	Manobras acessórias (compressão/vibração)				
	Uso equipamento adaptativo (Cough Assist)				
Impedir formação aderências pleurais	Terapêutica de posição				
	Abertura costal selectiva				
Reeducar no esforço	Treino de exercício aeróbico				
	Exercícios de mobilização torácica e abdominal				

Apêndice 9

Processo de Enfermagem da Sra C.B.C.R. internada na UCI

PROCESSO DE ENFERMAGEM DA SRA C.B.C.R. INTERNADA NA UCI

INTRODUÇÃO

1. COLHEITA DE DADOS

1.1 Identificação do utente

1.2 Motivo de internamento

1.3 Antecedentes Pessoais

1.4 Diagnóstico Clínico

1.5 Exames Auxiliares de Diagnóstico

1.6 Data de Internamento na UCI

2. EXAME NEUROLÓGICO

2.1 Avaliação do Estado Mental de dia 23/10

2.2 Avaliação do Estado Mental de dia 28/10

2.2.1 Estado de consciência

2.2.2 Atenção

2.2.3 Orientação

2.2.4 Memória

2.2.5 Linguagem

2.3 Avaliação dos Pares Cranianos

2.4 Motricidade

2.4.1 Força Muscular

2.4.2 Tónus Muscular

2.4.3 Coordenação Motora

2.4.4 Amplitudes Articulares

2.5 Sensibilidade

2.5.1 Sensibilidade Superficial

2.5.2 Sensibilidade Profunda

2.6 Equilíbrio e Marcha

2.6.1 Estático

2.6.2 Dinâmico

2.7 Outras avaliações relevantes

2.7.1 Medida de Independência Funcional

2.7.2 Índice de Barthel

2.7.3 Escala de *Braden*

2.7.4 Escala de *Morse*

2.7.5 Escala *Non Verbal Pain Scale*

2.7.6 Escala Visual Analógica

2.7.7 Escala Modificada de *Borg*

3. EXAME RESPIRATÓRIO

4. CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS

4.1 Respirar

4.2 Comer e beber

4.3 Eliminar

4.4 Movimentar-se e manter uma postura correta

4.5 Dormir e descansar

4.6 Vestir-se e despir-se

4.7 Manter a temperatura corporal nos limites normais

4.8 Higiene corporal e integridade da pele

4.9 Evitar os perigos

4.10 Comunicar com os seus semelhantes

4.11 Agir de acordo com as suas crenças e valores

4.12 Trabalhar / ocupar-se com vista a realizar-se

4.13 Divertir-se

4.14 Aprender

5. PLANO DE CUIDADOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTA DE SIGLAS

AIT	Acidente Isquêmico Transitório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CATR	Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias
CVC	Catéter Venoso Central
EVA	Escala Visual Analógica
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EME	Estado de Mal Epilético
EOT	Entubação Orotraqueal
FR	Frequência Respiratória
LA	Linha Arterial
MIF	Medida de Independência Funcional
MSSA	<i>Meticillin Sensitive Staphylococcus Aureus</i>
NHF	Necessidade Humana Fundamental
NVPS	<i>Non-verbal Pain Scale</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PEEP	<i>Positive End-expiratory Pressure</i>
PL	Punção Lombar
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
RFR	Reeducação Funcional Respiratória
SU	Serviço de Urgência
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1	Escala de comas de <i>Glasgow</i>
Quadro nº 2	Escala de <i>Richmond</i> de Agitação – Sedação (RASS)
Quadro nº 3	Escala de avaliação da força muscular de <i>Lower</i>
Quadro nº 4	Escala Modificada de <i>Ashworth</i>
Quadro nº 5	Medida de Independência Funcional (MIF)
Quadro nº 6	Índice de <i>Barthel</i>
Quadro nº 7	Escala de <i>Braden</i>
Quadro nº 8	Escala de <i>Morse</i>
Quadro nº 9	Escala <i>Non Verbal Pain Scale</i> (NVPS)
Quadro nº 10	Escala Analógica Visual de Dor (EVA)
Quadro nº 11	Escala Modificada de <i>Borg</i>

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular opção II - Estágio com Relatório que se concretiza numa primeira fase pela realização de estágio na UCI de um hospital central, foi-me proposta a realização de um processo de Enfermagem com o intuito de desenvolver competências enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Processo de Enfermagem diz respeito à organização e sistematização da ação do enfermeiro relativamente às pessoas que cuida. A sua realização tem como principais vantagens: facilitar a organização de dados e o levantamento de problemas, elaborar intervenções de Enfermagem de forma sistemática, uniformizar a linguagem utilizada com a restante equipa e desenvolver meios de avaliar os cuidados prestados (Aquino, 2004).

Segundo Potter & Perry (2006), o processo de Enfermagem abarca cinco etapas, interligadas, essenciais para a planificação de cuidados individualizados, sendo elas: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e respetiva avaliação.

A realização deste trabalho tem como principal objetivo contribuir para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro especialista e específicas do EEER – competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de incapacidade, limitação da actividade ou restrição da participação em contexto de cuidados intensivos, com vista à sua reabilitação e reintegração social, como preconizado pela OE.

Numa primeira fase do trabalho apresenta-se a colheita de dados, segue-se a avaliação neurológica, avaliação respiratória, caracterização das NHF e respetivo planeamento de cuidados, avaliação da intervenção definida e termino com as considerações finais. Para a colheita de dados foi fundamental a consulta do processo clínico que acompanhava a utente e a entrevista realizada à família e

posteriormente à utente. Na avaliação neurológica e respiratória consultei todos os documentos facultados/sugeridos aquando das unidades Curriculares Enfermagem de Reabilitação I e II. Para a caracterização das NHF e planeamento de cuidados segui o Modelo de Cuidados de Enfermagem de Virgínia Henderson segundo o qual a intervenção do enfermeiro depende das necessidades do utente e do seu nível de independência - a função da enfermeira incide em assistir a pessoa a desempenhar atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação, atividades que a pessoa realizaria se tivesse vontade, força ou conhecimento necessário (Henderson, 1994). Na avaliação da intervenção descrevo os resultados obtidos na prática e nas considerações finais apresento as principais conclusões deste trabalho e uma breve reflexão sobre as mesmas.

A ordem e forma de apresentação deste processo de Enfermagem retratam claramente a minha intervenção junto desta utente pois foi realizado num *continuum* de avaliação e intervenção, pelo que recorro a vários quadros para melhor monitorizar e explicitar as necessidades desta pessoa, assim como os resultados da minha intervenção.

1. COLHEITA DE DADOS (23/10)

1.1 Identificação do utente

Nome: C.B.C.R.

Idade: 66A

Língua Materna: Portuguesa

Raça: Negra

Nacionalidade: Moçambicana

Pessoa significativa: Filha (N.R.)

Estado civil: Casada, vive com o marido

Religião: Testemunha de Jeová - com procuração anexa ao processo em que manifesta:

- Eventual uso do próprio sangue, em situações a avaliar pelo procurador;
- Não deseja prolongar a vida se, de acordo com um grau razoável de certeza médica, o quadro clínico seja considerado sem esperança de melhora.

1.2 Motivo de internamento: Trazida a 12/10 ao SU pelo marido e filha, por quadro de tremores dos membros superiores e alteração do estado de consciência. O quadro teve início de madrugada (2h). O marido notou que a doente tremia muito dos membros superiores e não conseguia sair da cama para ir à casa de banho. Após insistência foi de forma autónoma à casa de banho. Pelas 9 horas, ao sair da cama, nota que a esposa subitamente pára de caminhar e fica urinada, sendo que não conseguia comunicar com este. Desde então notaram que não conseguia comunicar e que por vezes "tremia" dos membros superiores, tendo este quadro perdurado até ao momento em que a trouxeram ao SU.

Teve episódios prévios semelhantes: segundo a filha a doente apresentou no dia 28 de Agosto episódio de alteração do estado de consciência e da capacidade de verbalizar, enquanto falava ao telefone com esta, como se não se lembrasse do nome das coisas. A filha foi ter com a mãe e levou-a ao centro de saúde, tendo estes sintomas regredido ao fim de 2 horas.

No dia 17 de Setembro, ao almoço, apresentou episódio semelhante, ao qual se associava também incapacidade para responder por longos momentos e

comportamentos estranhos em que tentava pegar em objectos do chão que não estavam lá.

1.3 Antecedentes Pessoais:

- Paludismo ;
- Esplenectomia na sequência de agravamento do paludismo (internamento no Hospital Santa Maria há 20 anos);
- Internamento por AVC há 17 anos sem sequelas (descritas alterações do comportamento e da memória em que não conhecia familiares e via formigas, na altura);
- Hipertensão Arterial controlada com lisinopril 20mg/dia;
- Fibrilhação Auricular controlada com amiodarona 200mg/dia;
- Status pós AIT/AVC do hemisfério esquerdo com hemiparésia direita sequelar;
- Gonartrose à esquerda (caminhava com apoio de bengala no domicílio);

1.4 Diagnóstico Clínico: Estado de mal epilético

1.5 Exames Auxiliares de Diagnóstico:

TAC crânio encefálico “Ligeira acentuação da hipodensidade da substância branca subcortical temporo-occipito-parietal bilateralmente, de predomínio relativo à esquerda, sem evidente efeito de massa, favorecendo causa vascular microangiopática sequelar (em detrimento de síndrome de encefalopatia posterior subcortical reversível). Pequenas hiperdensidades de nível cálcico nos globos pálidos, de natureza fisiológica. Permeabilidade sulcocisternal e ventricular. Boa diferenciação cortico/medular. Sem desvios medianos”

Eletroencefalograma (12/10) “estado de mal epilético, com abundante atividade paroxística”

Eletroencefalograma (20/10) “disfunção generalizada e mantém o foco epilético”

Eletroencefalograma (21/10) “eletrogenese menos desorganizada que no exame anterior, sem sinais sugestivos de estado de mal de epilepsia”

Punção Lombar (PL) (14/10) PL em decúbito lateral esquerdo, tecnicamente difícil, traumática, com saída de líquido cefalorraquidiano inicialmente com conteúdo hemático que clareou, tendo-se desperdiçado o primeiro tubo. Posteriormente apresentava-se límpido, incolor, gotejante. Foram colhidas 4 amostras: 1 tubo para Exame Citoquímico, 1 tubo para Exame Microbiológico e 2 de reserva. O procedimento decorreu sem intercorrências. CITOQUÍMICO: Aspecto Límpido; Cor Incolor; Proteínas totais 42.5 mg/dl; Glucose 74.2 mg/dl; Contagem celular 2 cel/ul.

No dia 15/10 por agravamento clínico com Score de *Glasgow* 4, sem qualquer fator desencadeante, foi necessária entubação orotraqueal para protecção de via aérea e ventilação mecânica invasiva para permitir perfusão de midazolam de acordo com indicação da Neurologia. Transferida para a UCI a 15/10 para continuação de cuidados.

1.6 Data de Internamento na UCI: 15 de Outubro de 2015

A D. S. esteve sedoanalgesiada com remifentanilo e midazolam de 15/10 até 23/10. Neste dia 15/10 apresenta score na escala de *Richmond* de agitação – sedação (RASS) – 5.

Inicialmente em modalidade ventilatória de Pressão Controlada (15/10) → Pressão Assistida (18/10).

Sob fenitoína + levatiracetam e valproato de sódio.

Fibrilhação auricular com frequência cardíaca controlada sob amiodarona 200mg/dia.

2. EXAME NEUROLÓGICO

O Estado de Mal Epilético (EME) é uma emergência médica que requer uma abordagem precoce e eficaz para prevenir a lesão neurológica. EME pode ser classificado pela presença de crises epiléticas com semiologia motora (EME convulsivo) ou pela sua ausência - EME não convulsivo (Alcântar, J.; Dias, S.; Manita, M.; Mendes, J., 2011). No tipo convulsivo observa-se actividade motora tónico-clónica, isto é, convulsiva e no tipo não convulsivo, não se observa - não se identifica actividade motora de tipo convulsivo, pelo menos major (comissão de estado de mal epilético, 2012). O EME não convulsivo é muitas vezes subdiagnosticado por se apresentar como imitador de condições não epiléticas (Alcântar, J.; Dias, S.; Manita, M.; Mendes, J., 2011;).

Neste caso específico o quadro é compatível com EME convulsivo numa primeira fase e não convulsivo numa fase secundária aquando na UCI.

Hoeman (2011) refere que, para que se proceda à elaboração de um programa de reabilitação é fundamental que se realize uma cuidadosa avaliação inicial do utente, devendo nesta o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação colher dados – recorrendo à consulta do processo clínico e exames auxiliares de diagnóstico, observação física e entrevista à pessoa e família.

Para a individualização dos cuidados de Enfermagem, é fundamental a avaliação do utente e do seu estado de saúde com vista à elaboração do plano de cuidados. Uma correta neuroavaliação pode ser o sucesso do programa de Reabilitação, tal como a correta avaliação respiratória. O exame neurológico faz parte do exame físico geral do utente e deve incluir: avaliação do estado mental, avaliação dos pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha (Sousa, Alvo & Vieira, 2012) como apresento seguidamente.

2.1 Avaliação do Estado Mental de dia 23/10

Para avaliação do estado mental devemos incluir avaliação do estado de consciência, estado de orientação, atenção, memória, capacidades práticas e linguagem sendo necessária capacidade cognitiva para o exame (Sousa, Alvo & Vieira, 2012).

No dia 23/10 avaliamos a consciência através da escala de comas de Glasgow (quadro nº1) e percebemos que não existia capacidade para o exame neurológico completo relativamente ao estado mental pelo que apenas avaliamos o estado de consciência.

Quadro nº 1 – Escala de comas de *Glasgow*

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: <http://passeconcursosenfermagem.blogspot.pt/>

A Sra S. apresentava neste dia 23/10 um score de Glasgow de 4 pois apresentava abertura ocular à estimulação dolorosa (2), sem resposta verbal (1) e sem resposta motora (1).

Relativamente à escala de Agitação-Sedação de *Richmond* (Quadro nº 2) – podemos classificar como score – 4 pois não responde ao som da voz mas abre os olhos aquando da estimulação dolorosa.

Quadro nº 2 – Escala de *Richmond* de Agitação – Sedação (RASS)

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento; perigoso.
+3	Muito agitado	Conduta agressiva; remoção de tubos ou cateteres.
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes.
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos.
0	Alerto, calmo	
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (> 10 seg).
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10 seg).
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

Procedimento da medida do RASS:

1. Observar o paciente

• Paciente está alerta, inquieto ou agitado. (0 a +4)

2. Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional.

• Paciente acordado com abertura de olhos sustentada e realizando contato visual. (-1)

• Paciente acordado realizando abertura de olhos e contato visual, porém breve. (-2)

• Paciente é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual. (-3)

3. Quando paciente não responde ao estímulo verbal realizar estímulos físicos.

• Paciente realiza algum movimento ao estímulo físico. (-4)

• Paciente não responde a qualquer estímulo. (-5)

Fonte: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-507X2006000200013&pid=S0103-507X2006000200013&pdf_path=rbit/v18n2/a13v18n2.pdf&lang=pt

2.2 Avaliação do Estado Mental de dia 28/10

2.2.1 Estado de consciência:

No dia 28/10 apresenta Score de Glasgow de 15: Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal orientada (5) e obedece a ordens (6) na resposta motora.

2.2.2 Atenção: (capacidade para manter o foco numa actividade) - Utente vigil, capaz de manter a atenção e concentração numa tarefa específica.

2.2.3 Orientação: Orientada em relação a si, tempo e espaço.

2.2.4 Memória: Sem alterações da memória imediata e remota, alterada para curto e longo prazo (memória recente).

2.2.5 Linguagem: Apresenta discurso espontâneo, compreende, nomeia e repete.

2.3 Avaliação dos Pares Cranianos

I par craniano – olfativo (solicita-se à pessoa para, com os olhos fechados, identificar o odor de modo bilateral, ocluindo-se uma narina e posteriormente a outra, oferecendo cheiros fáceis de identificar como por exemplo café)

Não foi avaliado

II par craniano – ótico

Acuidade visual mantida, campimetria por confrontação.

III par craniano – oculomotor

IV par craniano – patético

VI par craniano – motor ocular externo

Avaliados em simultâneo

Pupilas de igual tamanho (2mm), reativas ao estímulo luminoso. Movimentos conjugados do globo ocular mantidos e simétricos.

IV par craniano – trigémio

Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano (oftálmica, maxilar e mandibular) não foi testada.

Presença do reflexo córneo-palpebral não foi testada.

Movimentos dos músculos mastigadores presentes.

VII par craniano - facial

Simetria facial.

Não foi testada capacidade de reconhecer sabores.

VIII par craniano – estado-acústico

Acuidade auditiva não foi testada

Acuidade vestibular não foi testada (sensação de equilíbrio)

IX par craniano – glossofaríngeo

Reconhecimento de sabores no 1/3 posterior da língua sem alterações para o doce. Salgado não foi testado.

X par craniano – vago

Reflexo de vômito presente. Voz limpa. Tosse eficaz.

XI par craniano – espinhal

Força do esternocleidomastoideu eficaz na lateralização da cabeça contra resistência.

Força do trapézio eficaz na elevação dos ombros contra resistência.

XII par craniano – grande hipoglosso

Propulsão antero-posterior da língua na linha média sem alterações.

Lateralidade da língua para a direita e para a esquerda sem alterações, desvios ou tremores.

2.4 Motricidade

Avalia-se força muscular, tônus, coordenação de movimentos e amplitudes articulares.

2.4.1 Força Muscular

Avaliação dos segmentos distais para os proximais, bilateralmente.

Utilizada escala de *Lower* (quadro nº 3)

Quadro nº 3 – Escala de avaliação da força muscular de *Lower*

- | | |
|---|--|
| 0 | Sem movimento ativo |
| 1 | Contração muscular visível ou palpável |
| 2 | ACMA com eliminação da gravidade |
| 3 | ACMA contra gravidade |
| 4 | ACMA contra gravidade e alguma resistência |
| 5 | ACMA contra gravidade e resistência normal |

ACMA: arco completo de movimento ativo.

Deste modo:

0 - Sem contração muscular e sem movimento;
1 - Contração palpável e/ou visível sem movimento;
2 - Tem movimento das extremidades mas não contra a gravidade (consegue mover o membro na base da cama);
3 - Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência;
4 - Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. Consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
5 - Movimento normal contra gravidade e resistência;

Avaliação da força muscular dia 28/10

Cabeça e pescoço: Força grau 4 nos movimentos de flexão e extensão, flexão lateral esquerda e direita e rotação.

Membros Superiores

Escapulo-umeral: Força grau 2 nos movimentos de flexão e extensão, abdução e adução, rotação interna e externa.

Cotovelo: Força grau 2 nos movimentos de flexão e extensão.

Antebraço: Força grau 2 nos movimentos de pronação e supinação.

Punho: Força grau 2 nos movimentos de flexão plantar, dorsi-flexão, desvio radial e cubital e circundação.

Dedos: Força grau 2 nos movimentos de flexão e extensão, abdução e adução, circundação e oposição do polegar.

Membros inferiores

Coxo-femural: Força grau 2 nos movimentos de flexão e extensão, adução e abdução, rotação interna e externa.

Joelho: Força grau 2 nos movimentos de flexão e extensão.

Tibio-tarsica: Força grau 2 nos movimentos de flexão plantar e dorsal, inversão e eversão.

Dedos: Força grau 2 nos movimentos de flexão e extensão, adução e abdução.

2.4.2 Tônus Muscular

Reflexo proprioceptivo, destinado a manter a postura corporal através de uma contracção permanente e adequada dos músculos.

Para perceber se existe aumento deste parâmetro (espasticidade) aplicou-se a escala Modificada de *Ashworth* (quadro nº 4)

Avaliou-se a espasticidade em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais (conforme na avaliação da força muscular). Avaliou-se bilateralmente, do distal para o proximal e percebeu-se que apresenta score 0 na escala modificada de *Ashworth* em todos os movimentos de todos os segmentos corporais (Nenhum aumento do tônus muscular).

Quadro nº 4 - Escala Modificada de *Ashworth*

- | | |
|-----|---|
| 0 | Nenhum aumento no tônus muscular. |
| 1 | Leve aumento no tônus muscular manifestado pelo ato de prender e soltar ou por uma resistência mínima no final da amplitude de movimento (ADM) quando a parte afetada é movida em flexão ou extensão. |
| 1 + | Leve aumento no tônus muscular, manifestado pelo ato de prender, seguido de uma resistência mínima por todo o resto (menos da metade) da ADM. |
| 2 | Um aumento mais marcado no tônus muscular pela maior parte da ADM, mas a parte afetada é facilmente mobilizada. |
| 3 | Aumento considerável no tônus muscular com movimento passivo difícil. |
| 4 | Parte afetada rígida em flexão ou extensão. |

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512009000400010

2.4.3 Coordenação Motora

A avaliação da coordenação baseia-se na simetria, ritmo, alternância e rapidez dos movimentos.

Prova dedo-nariz: com os membros superiores em abdução a pessoa deve tocar a ponta do nariz com o dedo indicador – não foi avaliada por alterações da força muscular.

Prova calcanhar Joelho: em decúbito dorsal com os membros inferiores em extensão a pessoa deve tocar no seu joelho com o calcanhar do lado oposto. A prova deve ser repetida várias vezes (com olhos abertos e depois fechados) - não foi avaliada por alterações da força muscular.

2.4.4 Amplitudes Articulares

A amplitude articular não foi avaliada com equipamento adequado - goniómetro, no entanto não foram detectadas aparentes alterações na amplitude articular dos vários segmentos nos diversos movimentos durante as mobilizações.

Amplitude aparentemente sem compromisso na articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa), cotovelo (flexão e extensão), punho (flexão palmar, dorsi-flexão, desvio radial, cubital e circundação), antebraço (pronação e supinação), dedos das mãos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oposição do polegar), coxo-femural (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa), joelho (flexão e extensão), tíbio-tarsica (flexão plantar e dorsal, inversão e eversão), dedos dos pés (flexão e extensão, adução e abdução) – **bilateralmente**.

2.5 Sensibilidade

2.5.1 Sensibilidade Superficial:

- Tátil
 - Térmica
 - Dolorosa
- Não foi avaliada

2.5.2 Sensibilidade Profunda:

- Sentido de pressão
- Sensibilidade vibratória (diapasão)
- Sensibilidade postural (posição dos segmentos em relação ao corpo)

Não foi avaliada

2.6 Equilíbrio e Marcha (não foi testado)

2.6.1 Estático – sentado e na posição ortostática - verificar se mantém posição, se apresenta oscilações ou desequilíbrios (laterais, anterior ou posterior).

Teste de Romberg: pessoa em posição ortostática, com os calcanhares unidos e pés separados a 30°, membros superiores ao longo do corpo, na posição anatômica e com olhos fechados durante um minuto.

2.6.2 Dinâmico – sentado e na posição ortostática – induz-se um ligeiro balancear no tronco da pessoa – esta deve compensar o movimento recuperando o equilíbrio.

2.7 Outras avaliações relevantes:

2.7.1 Medida de Independência Funcional (quadro nº 5)

Quadro nº 5 – Medida de Independência Funcional (MIF)

NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL			
Níveis	Descrição		
DEPENDÊNCIA MODIFICADA	1	Ajuda Total (indivíduo > = 0%)	AJUDA
	2	Ajuda máxima (indivíduo > = 25%)	
	3	Ajuda Moderada (indivíduo > = 50%)	
	4	Ajuda Mínima (indivíduo > = 75%)	
	5	Supervisão	
	6	Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA
	7	Independência completa (em segurança, em tempo normal)	

Instrumento que avalia a capacidade funcional

AUTOCUIDADO	
A – Alimentação	
B – Higiene pessoal	
C – Banho	
D – Vestir a metade superior	
E – Vestir a metade inferior	
F – Utilização do vaso sanitário	

No dia 23/10 apresenta score de 21 na escala de Independência Funcional

CONTROLE DE ESFÍNCTERES	
G – Controle da Urina	
H – Controle das fezes	

MOBILIDADE – TRANSFERÊNCIAS	
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas	
J – Vaso sanitário	
K – Banheira, chuveiro	

No dia 28/10 apresenta score de 57 na escala de Independência Funcional

LOCOMOÇÃO			
L – Marcha / cadeira de rodas	Marcha=	Cadeira de Rodas=	
M – Escadas			

COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão	Auditiva=	Visual=	
O – Expressão	Verbal=	Não Verbal=	

COGNIÇÃO SOCIAL	
P – Interação Social	
Q – Resolução de Problemas	
R – Memória	

ESCORE DA MIF	MOTORA:	COGNITIVA SOCIAL:	TOTAL:
---------------	---------	-------------------	--------

Fonte: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=80

2.7.2 Índice de *Barthel* (Quadro nº6)

Quadro nº 6 - Índice de *Barthel*

Alimentação:	
10	INDEPENDENTE. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.
5	AJUDA. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc
0	DEPENDENTE. Necessita ser alimentado por outra pessoa.
Banho	
5	INDEPENDENTE. Lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.
0	DEPENDENTE. Necessita algum tipo de ajuda ou supervisão.
Vestuário	
10	INDEPENDENTE. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário.
5	AJUDA. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
0	DEPENDENTE. Necessita ajuda para as mesmas.
Higiene pessoal	
5	INDEPENDENTE. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico
0	DEPENDENTE. Necessita alguma ajuda.
Dejeções	
10	CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.
5	INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
0	INCONTINENTE.
Micção.	
10	CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.
5	INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo
0	INCONTINENTE.
Uso do vaso sanitário	
10	INDEPENDENTE. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda
5	AJUDA. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.
0	DEPENDENTE.
Transferência (passagem cadeira-cama)	
15	INDEPENDENTE. Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.
10	AJUDA MÍNIMA. Necessita de ajuda ou supervisão mínimas.
5	GRANDE AJUDA. É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.
0	DEPENDENTE. Necessita ser transferido por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentado.
Deambulação	
15	INDEPENDENTE. Pode caminhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.
10	AJUDA. Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.
5	INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS. Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 m
0	DEPENDENTE.
Subir e descer escadas	
10	INDEPENDENTE. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão
5	AJUDA. Necessita de ajuda física ou supervisão.
0	DEPENDENTE. É incapaz de subir escadas.
A incapacidade funcional se calcula como:	
Severa: < 45 pontos.	Moderada: 60 - 75 pontos.
Grave: 45 - 55 pontos.	Leve: 80 - 100 pontos.
Pontuação Total:	

Instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida.

Classificação:
0-4 Muito Grave
5-9 Grave
10-18 Moderado
15-19 Ligeiro
20 Independente

No dia 23/10 apresenta score na escala de *Barthel* de 0

No dia 28/10 apresenta score na escala de *Barthel* de 5

2.7.3 Escala de *Braden* (Quadro nº 7)

Quadro nº 7 – Escala de *Braden* (utilizada na UCI – risco de Úlcera de Pressão)

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde ao comando verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Fonte: <http://www2.eerp.usp.br/Nepien/eventosadversos/mod1escbradeni.html>

Variação da Pontuação da Escala: 6 a 23 pontos.

Alto Risco: ≤ 16

Baixo risco: ≥ 17

Dia 23/10 apresenta score de 11 na escala de *Braden* (Alto Risco)

Dia 28/10 apresenta score de 19 na escala de *Braden* (Baixo Risco)

2.7.4 Escala de Morse (Quadro nº8)

Quadro nº 8 – Escala de Morse (utilizada na UCI)

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale</i> Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte:

https://www.google.pt/search?q=escala+de+morse&es_sm=93&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0CCUQsARqFQoTCOLN7ePQ-cgCFUvbGgodbvYDrQ&biw=1280&bih=699#imgsrc=ja5QD76R9VmXaM%3A

Avalia risco de queda:

Alto Risco: > 50

Médio Risco: 25-50

Baixo Risco 0-24

Dia 23/10 apresenta score de 50 na escala de Morse

Dia 28/10 apresenta score de 35 na escala de Morse

2.7.5 Escala *Non Verbal Pain Scale* (Quadro nº 9)

Quadro nº 9 – Escala *Non Verbal Pain Scale* (NVPS) (utilizada na UCI)

SCORE / CATEGORIAS	0	1	2
FACE	Sem expressão facial ou sorriso	Fácies de desconforto ocasional: <ul style="list-style-type: none"> • Franzir a testa; • Face contraída 	Fácies de desconforto frequente <ul style="list-style-type: none"> • Franzir de testa; • Face contraída
ACTIVIDADE	Posição normal; calmo	Procura de atenção através de movimento; Movimento lento e cauteloso	Irrequieto/agitação motora; e/ou reflexos de fuga
VIGILÂNCIA	Deitado; quieto; descontraído; ausência de posicionamento das mãos sobre o corpo	Move-se com dificuldade; tenso	Move-se com extrema dificuldade; rígido
FISIOLOGIA	Sinais vitais estáveis	Alterações Hemodinâmicas TA sist.> 20 mmHg e/ou Fc> 20 cpm	Alterações Hemodinâmicas TA sist.> 30 mmHg e/ou Fc> 25 cpm
RESPIRAÇÃO	Adaptação ventilatória	Desadaptação ventilatória ligeira: Fr> 10cpm e/ou Spo2 <5%	Desadaptação ventilatória severa: Fr> 20 cpm e/ou Spo2 <10%

A avaliação da DOR no doente sedado é de extrema importância uma vez que sedação não implica ausência de DOR, entendendo-se como sedação a diminuição do estado de consciência/sono induzido farmacologicamente.

➤ Escala NVPS

- I. Observar o doente tendo em conta os cinco itens da escala;
- II. Atribuir score a cada item;
- III. Registrar o score total.

Dia 23/10 score 4 na escala NVPS

Dia 28/10 score 0 na escala NVPS

2.7.6 Escala Visual Analógica (Quadro nº10)

Quadro nº 10 – Escala Analógica Visual de Dor (EVA)



Fonte: <http://youfisio.blogspot.pt/2013/08/escala-analogica-visual-de-dor.html>

2.7.7 Escala Modificada de Borg (Quadro nº11)

Quadro nº 11 – Escala Modificada de Borg

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000100006&script=sci_arttext

Dia 26/10 apresenta score de 3 na escala Modificada de Borg

Dia 28/10 apresenta score de 1 na escala Modificada de Borg

3. EXAME RESPIRATÓRIO

A Sra S. não tem antecedentes pessoais nem familiares de patologia respiratória nem tinha comportamentos de risco (exposição a poluentes nomeadamente fumo).

Apresenta morfologia torácica normal, sem assimetrias ou deformações visíveis e/ou palpáveis. Sem alterações cutâneas, nomeadamente cianose, cicatrizes, fístulas ou tumefações. Não se observam adenopatias (axilares, supraclaviculares ou cervicais).

Dia 23/10 a D. S. encontra-se com ventilação mecânica invasiva com modalidade ventilatória de pressão assistida de 13, PEEP 5, Pressão pico de 18, com FiO₂ 30%, FR 16-22 ciclos/minuto, bem adaptada à modalidade ventilatória - com movimentos torácicos devidamente coordenados com o ventilador, rítmicos e simétricos, SpO₂ 99% a 100%.

Exame objetivo do tórax:

Inspeção: tórax simétrico, respiração toraco-abdominal;

Palpação: expansibilidade mantida e simétrica, sem deformações;

Percussão: macicez na base do hemitórax esquerdo;

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído na base do hemitórax esquerdo com fervores crepitantes audíveis (inspiração).

Radiografia de tórax: imagem centrada, sem desvios da traqueia, tubo orotraqueal devidamente posicionado, apagamento dos seios cardiofrénico e costofrénico esquerdos com hipotransparência da base esquerda compatível com pneumonia.

Gasimetria: PH 7.47; PaCO₂ 36.2; PaO₂ 110,8;

Apresenta secreções brônquicas mucopurulentas em moderada quantidade que são aspiradas pelo tubo orotraqueal.

4. CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS

4.1 Respirar

Dia 23/10 A D. S. encontra-se com ventilação mecânica invasiva em pressão assistida de 13, PEEP 5, Pressão pico de 18, com FiO2 30%, FR 16-22 cpm, bem adaptada, SpO2 99%. Exame objetivo do tórax: Inspeção: tórax simétrico; Palpação: expansibilidade mantida; Percussão: macicez na base do hemitorax esqº; Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído na base do hemitorax esqº com ferveores crepitantes (inspiração). RxTx: imagem centrada, apagamento dos seios cardiofrénico e costofrénico esqº com hipotransparência da base esqª.

Desconectada do ventilador dia 26/10 passando para respiração espontânea.

Gasimetria de sangue arterial: PH 7,46; Pa CO2 36,5 mmHg; PaO2 110,8 mmHg.

Hemodinamicamente estável, tensão arterial média de 85 mmHg, sem antihipertensores, fibrilação auricular com frequência cardíaca controlada (entre 70 e 80 bpm) com amiodarona 200mg/dia.

4.2 Comer e beber

A D. S. dia 23/10 está entubada nasogastricamente, com alimentação entérica e hidratação que tolera. Dia 26/10 após desconexão do ventilador foi extubada orotraquealmente e nasogastricamente passando a alimentar-se oralmente e a ingerir líquidos que tolera. Reflexo de tosse eficaz.

4.3 Eliminar

A D. S. dia 23/10 está algaliada com algália silicone nº 16 que funciona de urina clara sem sedimento, com débitos urinários 50-70ml/h. Evacua na fralda.

4.4 Movimentar-se e manter uma postura correta

Dia 23/10 a D. S. está sedoanalgesiada, com score Glasgow de 4, pelo que necessita de ajuda máxima para o posicionamento no leito. Dia 26/10 tenta colaborar no posicionamento e alinhamento corporal. Dia 28/10 realiza 1º levante para cadeirão.

4.5 Dormir e descansar

Dia 23/10 encontra-se sedoanalgesiada e dia 28/10 refere “dormir demais” e cansaço.

4.6 Vestir-se e despir-se

A D. S. é vestida e despida pelos enfermeiros que cuidam da sua higiene e conforto.

4.7 Manter a temperatura corporal nos limites normais

A D. S. apresentou hipertermia dia 22/10 e iniciou antibioterapia com flucloxacilina e ceftriaxone dirigidos a *Proteus vulgaris* e MSSA (isolados em cateter protegido). Normotérmica desde então.

4.8 Higiene corporal e integridade da pele

A D. S. tem esta necessidade satisfeita pelos enfermeiros que prestam cuidados de higiene e conforto com ajuda total no dia 23/10 (sem colaboração da doente) pelo estado de sedoanalgesia; dia 28/10 é dependente em grau elevado no entanto já tenta colaborar na higiene (movimenta a mão dentro da bacia com água na tentativa de a lavar).

Apresenta maceração no sulco nadegueiro onde se aplica um protector cutâneo – secura* (é um líquido estéril com um solvente não irritante que em contacto com o ar forma uma barreira protectora em forma de película que se seca rapidamente).

4.9 Evitar os perigos

Apresenta alto risco de úlcera de pressão (escala de Braden) e alto risco de queda (escala de Morse).

4.10 Comunicar com os seus semelhantes

Dia 23/10 a D. Salmina está sedoanalgesiada e entubada orotraquealmente – não comunica. Dia 26/10 quando é extubada apresenta alguma dificuldade em comunicar devido à hipofonia provocada pela extubação recente. Dia 28/10 comunica com discurso fluente.

4.11 Agir de acordo com as suas crenças e valores

Testemunha de Jeová - com procuração anexa ao processo em que manifesta:

- Eventual uso do próprio sangue, em situações a avaliar pelo procurador;
- Não deseja prolongação da vida se, de acordo com um grau razoável de certeza médica, o quadro clínico seja considerado sem esperança de melhora.

4.12 Trabalhar / ocupar-se com vista a realizar-se

Durante este internamento na UCI não desenvolve qualquer actividade para satisfazer esta necessidade.

4.13 Divertir-se

Dia 28/10 depois de fazer levantar para cadeirão demonstrou vontade em ver televisão. Foi então colocado televisor em frente da sua unidade tendo mantido a atenção no programa televisivo.

4.14 Aprender

A função cognitiva não foi avaliada.

5. PLANO DE CUIDADOS

Data	NHF alterada	Objetivos	Intervenções Enfermagem	Avaliação
23/10	<p>Respirar alterado</p> <p>Relacionado com estado de sedoanalgesia devido a estado de mal epiléptico;</p> <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entubação Orotraqueal; - Conexão ao ventilador - Alterações do exame objetivo do tórax; - Alterações do RxTx - Tosse ineficaz; - Acumulação de secreções na árvore brônquica e incapacidade/ dificuldade na mobilização e eliminação das mesmas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar a respiração; - Manter via aérea permeável; - Promover limpeza das vias aéreas; - Prevenir complicações ventilatórias; - Preparar para desconectar da prótese ventilatória; - Preparar para desmame de O2 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e monitorização do estado de consciência e do estado de sedação; - Monitorização da ventilação <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipo de ventilação – invasiva, não invasiva ou espontânea; ➤ Modalidade ventilatória e respectivos parâmetros; ➤ Adaptação à modalidade ventilatória; - Exame objetivo do tórax (explicar procedimento à D. S.): (inspeção, palpação, percussão e auscultação); - Observação do RxTx; - Observação da gasimetria arterial; - Vigiar a tosse; - Vigiar secreções brônquicas; - Elaborar plano de RFR: <p>1- Posicionar a D. S. em semi-fowler</p>	<p>23/10/15</p> <p>Doente com score de 4 na escala de comas de <i>Glasgow</i> e score -4 na escala RASS;</p> <p>Ventilação mecânica invasiva em pressão assistida de 13, PEEP 5, Pressão pico de 18, com FiO2 30%, FR 16-22 cpm, bem adaptada à modalidade ventilatória, SpO2 99%;</p> <p><u>Exame objetivo do tórax:</u> Inspeção: tórax simétrico; Palpação: expansibilidade mantida, média amplitude; Percussão: maciez na base do hemitórax esqº; Auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular diminuído na base do hemitórax esqº com ferveores crepitantes (inspiração) nesta base;</p> <p>RxTx: imagem centrada, apagamento dos seios cardiofrénico e costofrénico esqº com hipotransparência da base esqª;</p>

	<p>- Reflexo de tosse ineficaz;</p>		<p>(posição de descanso e relaxamento);</p> <p>2- Reeducação costal selectiva da porção antero-superior – 10x</p> <p>3- Reeducação costal selectiva da porção antero-inferior – 10x</p> <p>4- Reeducação costal selectiva do hemitorax dto – porção lateral com abertura costal - 10x (aquando da inspiração abdução e flexão da artuculação escapulo-umeral; aquando da expiração adução e extensão da mesma);</p> <p>5- Reeducação costal selectiva do hemitórax esqº com abertura costal - porção lateral - 10x</p> <p>6- Instilar SF 0,9% pelo tubo orotraqueal e associar hiperinsuflação manual (privilegiar decúbitos para a esqª aquando da instilação de SF de forma a fluidificar as secreções acumuladas na base do pulmão esqº);</p> <p>7- Drenagem postural modificada + manobras acessórias (compressão e</p>	<p>GSA: PH 7.47; PaCO2 36.2; PaO2 110,8;</p> <p>Tosse ineficaz;</p> <p>Aspiradas secreções brônquicas mucopurulentas em moderada quantidade pelo tubo orotraqueal;</p> <p>Após sessão de RFR auscultação com murmúrio vesicular mantido em ambos os hemitoraxes – ausência de ruídos adventícios;</p> <p>26/10/15</p> <p>Doente com score de 15 na escala de comas de <i>Glasgow</i> e score -1 na escala RASS;</p> <p>Mantem ventilação mecânica invasiva em pressão assistida de 13, PEEP 5, Pressão pico de 18, com FiO2 30%, FR 16-20 cpm, bem adaptada, SpO2 100%;</p> <p><u>Exame objetivo do tórax:</u> Inspeção: tórax simétrico; Palpação: expansibilidade mantida, média amplitude; Percussão: submacicez na base do hemitorax esqº;</p>
--	-------------------------------------	--	---	--

			<p>vibração na fase expiratória) – privilegiar os decúbitos para o lado direito para promover a expansão pulmonar do hemitorax esqº, descolamento, mobilização e eliminação de secreções da base pulmonar esqª;</p> <p>8- Hiperoxigenar a D.S. através do ventilador antes da aspiração de secreções brônquicas;</p> <p>9- Desconectar a D. S. da prótese ventilatória e aspirar secreções pelo tubo orotraqueal;</p> <p>10- Conectar à prótese ventilatória e manter hiperoxigenação de acordo com programação do ventilador;</p> <p>11- Consciencializar para a respiração e dissociação dos tempos respiratórios; incentivar a respiração abdominal (relaxar a cintura escapular e parte superior do tórax – respirar utilizando a parte inferior do tórax; inspirar pelo nariz e expirar pela boca;</p> <p>12- Promover a inspiração profunda e tosse: assistida e dirigida;</p>	<p>Auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular diminuído na base do hemitorax esqº com ferveores crepitantes húmidos (inspiração).</p> <p>RxTx: imagem centrada, apagamento dos seios cardiofrénico e costofrénico esqº com hipotransparência da base esqª;</p> <p>GSA: PH 7.46; PaCO2 40; PaO2 92,5;</p> <p>Apresenta tosse aparentemente eficaz – mobiliza secreções para o tubo orotraqueal sendo posteriormente aspiradas secreções brônquicas mucopurulentas em moderada quantidade;</p> <p>Após sessão de RFR: auscultação com murmúrio vesicular mantido em ambos os hemitoraxes – ausência de ruídos adventícios;</p> <p>Desconecta-se do ventilador pelas 11h40 – tubo em T com O2 a 10L/m (FiO2 40%) mantendo estabilidade respiratória. Tosse aparentemente eficaz;</p>
--	--	--	--	---

			<p>13- Reeducação costal global com bastão (no leito e no cadeirão) para promover a mobilidade toraco-articular e cintura escapular e tolerância ao esforço (fortalecer a musculatura respiratória) – 10x;</p> <p>14- Reeducação diafragmática – porção posterior e laterais - exercícios contra resistência (fortalecer a musculatura respiratória);</p> <p>15- Ensinar e treinar técnicas respiratórias - Ciclo activo das técnicas respiratórias (CATR)</p> <p>16- Incentivar a equipa de enfermagem para a alternância de decúbitos ao longo do dia com o objetivo de promover a drenagem postural modificada e evitar outras complicações respiratórias.</p>	<p>Foi extubada pelas 14h passando a respiração espontânea: toraco-abdominal, rítmica, média amplitude. Aspiradas secreções mucopurulentas em pequena quantidade;</p> <p>Ensino da tosse, consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios; incentivo da inspiração profunda e tosse – assistida e dirigida;</p> <p>Dia 26/10 apresenta score de 3 na escala Modificada de <i>Borg</i>;</p> <p>28/10/2015</p> <p>Doente com score de 15 na escala de comas de <i>Glasgow</i> e score 0 na escala RASS;</p> <p>Em ventilação espontânea com O2 a 10l/m FiO2 40%;</p> <p>GSA: PH 7.442 / PaCO2 37.8 / PaO2 102.7, Sat O2 99%;</p> <p>RxTx com apagamento do seio costofrenico esqº;</p> <p><u>Exame objetivo do tórax:</u> Inspeção: tórax simétrico, respiração</p>
--	--	--	---	--

				<p>toraco-abdominal; Palpação: expansibilidade mantida, média amplitude; Percussão: som claro pulmonar; Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular mantido, sem ruidos adventícios.</p> <p>Tosse eficaz – expele secreções em pequena quantidade – mucopurulentas.</p> <p>Reeducação costal global com bastão, incentivo CATR, reeducação diafragmática e exercícios para fortalecimento da musculatura respiratória: utente muito colaborante.</p> <p>Desmame de O2: passa a 10l/m (FiO2 de 35%).</p> <p>Dia 28/10 apresenta score de 0 na escala Modificada de <i>Borg</i>.</p> <p>Plano: Deve manter desmame progressivo de oxigenoterapia; Monitorização do score na escala de Borg 1xd Monitorização score <i>Glasgow</i> 1xT Monitorização score RASS 1xT</p>
--	--	--	--	---

Data	NHF alterada	Objetivos	Intervenções Enfermagem	Avaliação
23/10	<p>Movimentar-se e manter uma postura correta</p> <p>Relacionado com estado de sedoanalgesia devido a estado de mal epiléptico;</p> <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Força grau 0 em todos os movimentos de todos os segmentos corporais; - Incapacidade para adotar uma posição no leito/ alternar essa posição; - Incapacidade para realizar atividades terapêuticas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a integridade das estruturas articulares; - Manter a amplitude dos movimentos; - Conservar a flexibilidade; - Evitar aderências e contracturas; - Melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora; - Promover o aumento da força muscular; - Prevenir defeitos posturais; - Promover o correto posicionamento e alternância de 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a força muscular em todos os movimentos de todos os segmentos, do distal para o proximal, bilateralmente; - Avaliar o tônus muscular em todos os planos de movimento e nos vários segmentos, do distal para o proximal, bilateralmente; - Elaborar programa de reeducação sensório-motora: <p><u>Mobilizar cabeça e pescoço</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar passivamente cabeça e o pescoço (flexão, extensão, flexão lateral esquerda e flexão lateral direita) repetidas 10x realizadas 2x dia; <p><u>Mobilizar Membros Superiores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar passivamente os dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oponência do polegar) repetidas 10x realizadas 2x dia; - Mobilizar passivamente o punho (flexão palmar, dorsi-flexão, desvio radial, desvio cubital e circundação) repetidas 10x realizadas 2x dia; - Mobilizar passivamente o antebraço 	<p>23/10/15</p> <p>Score 0 na escala modificada de <i>Ashworth</i> em todos os movimentos de todos os segmentos corporais (Nenhum aumento do tônus muscular);</p> <p>Força grau 0 em todos os movimentos de todos os segmentos corporais, segundo a escala de avaliação da força muscular de <i>Lower</i>;</p> <p>Mobilizados passivamente todos os segmentos corporais em todos os movimentos, excepto articulação do joelho esqº por apresentar score 4 na escala NVPS aquando da sua mobilização. Restantes segmentos mobilizados 2xd em repetições de 10.</p> <p>A amplitude articular não foi avaliada com goniómetro, no entanto não foram detectadas aparentes alterações na amplitude articular dos vários segmentos nos diversos movimentos durante as mobilizações passivas. Posicionada com ajuda total – alternância de decúbitos de 2-2h.</p> <p>Score de 21 na escala de Medida de</p>

		decúbitos;	<p>(pronação e supinação) repetidas 10x realizadas 2x dia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar passivamente a articulação do cotovelo (flexão e extensão) repetidas 10x realizadas 2x dia; - Mobilizar passivamente a articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa) repetidas 10x realizadas 2x dia; <p><u>Mobilizar Membros Inferiores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar passivamente os dedos (flexão, extensão, adução, abdução) repetidas 10x realizadas 2x dia; - Mobilizar passivamente a articulação tíbio-tarsica (flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão) repetidas 10x realizadas 2x dia; - Mobilizar passivamente a articulação do joelho (flexão e extensão) repetidas 10x realizadas 2x dia – especial atenção com esta articulação devido ao antecedente de gonartrose à esq^a; - Mobilizar passivamente a articulação coxo femural (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa) repetidas 10x realizadas 2x dia; <p>- Avaliar as amplitudes articulares em</p>	<p>Independência Funcional; Score de 50 na escala de <i>Morse</i>; Score de 0 na escala de <i>Barthel</i> (muito grave); Score de 11 na escala de <i>Braden</i>; Posicionada com ajuda total; Alternancia de decúbitos de 2-2h;</p> <p>26/10/2015 Score 0 na escala modificada de <i>Ashworth</i> em todos os movimentos de todos os segmentos corporais (Nenhum aumento do tônus muscular);</p> <p>Força grau 2 em todos os movimentos de todos os segmentos corporais, segundo a escala de avaliação da força muscular de <i>Lower</i>;</p> <p>Realizadas mobilizações ativas assistidas de todos os segmentos corporais em todos os movimentos, repetidas 10x realizadas 2xd excepto articulação do joelho esq^o (por apresentar score 2 na escala visual analógica) que se repetiu 5x e realizou 2xd;</p> <p>A amplitude articular não foi avaliada com goniómetro, no entanto não foram detectadas aparentes alterações na</p>
--	--	------------	---	--

			<p>todos os movimentos descritos anteriormente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar mobilizações ativas assistidas e resistidas quando o estado de consciência e a força muscular o permitirem e de acordo com a tolerância da utente devido à dor (atenção à gonartrose à esq^a); - Avaliar a coordenação motora quando o estado de consciência e força muscular o permitirem; - Avaliar sensibilidade superficial e profunda quando o estado de consciência o permitir; - Realizar atividades terapêuticas no leito (preparar para o levante): rolar na cama, rotação controlada da anca, ponte, carga no cotovelo, auto-mobilizações, treino de equilíbrio sentada, transferência, treino de marcha controlada e treino de equilíbrio em posição ortostática; - Posicionar a pessoa com ajuda total numa primeira fase, assistir no posicionamento numa fase intermédia e fazer a sua supervisão (e incentivar) 	<p>amplitude articular dos vários segmentos nos diversos movimentos durante as mobilizações ativas assistidas.</p> <p>Posicionada com ajuda moderada – alternância de decúbitos de 2-2h Iniciou atividades terapêuticas: rolar na cama e rotação controlada da anca; Score de 56 na escala de Medida de Independência Funcional;</p> <p>28/10/15 Score 0 na escala modificada de <i>Ashworth</i> em todos os movimentos de todos os segmentos corporais (Nenhum aumento do tónus muscular);</p> <p>Força grau 2 em todos os movimentos de todos os segmentos corporais excepto nos movimentos da cabeça e pescoço (flexão, extensão, flexão lateral esq^a e direita e rotação) onde apresenta força grau 4 segundo a escala de avaliação da força muscular de <i>Lower</i>;</p> <p>Realizadas mobilizações ativas assistidas de todos os segmentos corporais (excepto cabeça e pescoço) em todos os movimentos, repetidas 10x e realizadas 2xd incluindo articulação</p>
--	--	--	---	---

			<p>numa fase posterior – em todos os decúbitos (de acordo com tolerância e necessidade);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a equipa para a necessidade de aumentar a frequência da alternância de todos os decúbitos; - Prevenir a ocorrência de fenómenos tromboembólicos através da contenção elástica dos membros inferiores antes do 1º levante; - Realizar técnica de 1º levante quando o estado de consciência, estabilidade ventilatória e hemodinâmica o permitirem; - Avaliar equilíbrio e marcha quando estado de consciência, força muscular e coordenação motora o permitirem; - Realizar treino de marcha controlada quando a motricidade o permitir; - Realizar treino de atividades de vida diária de acordo com a necessidade e grau de dependência/ independência; 	<p>do joelho esqº (por manter score 0 na escala visual analógica); Realizadas mobilizações ativas da cabeça e pescoço em todos os movimentos;</p> <p>A amplitude articular - não foram detectadas aparentes alterações na amplitude articular dos vários segmentos nos diversos movimentos durante as mobilizações ativas assistidas e ativas;</p> <p>Posicionada com ajuda moderada – alternância de decúbitos de 3-3h Manteve realização de atividades terapêuticas: rolar na cama, rotação controlada da anca e automobilizações;</p> <p>Score de 57 na escala MIF; Score de 35 na escala de <i>Morse</i>; Score de 5 na escala de <i>Barthel</i> (grave); Score de 19 na escala de <i>Braden</i>; Realizou 1º levante para cadeirão com ajuda máxima;</p> <p>Plano: Monitorização MIF 2-2d Monitorização escala <i>Morse</i> 2-2d Monitorização Índice <i>Barthel</i> 2-2d Monitorização escala <i>Braden</i> 2-2d</p>
--	--	--	---	---

Data	NHF alterada	Objetivos	Intervenções Enfermagem	Avaliação
23/10	<p>Comer e Beber alterado</p> <p>Relacionado com estado de sedoanalgesia devido a estado de mal epiléptico;</p> <p>Manifestado por Entubação nasogástrica com alimentação entérica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pelo risco de deglutição comprometida -pelo risco de desidratação e desnutrição; 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter nutrição adequada; - Manter pele e mucosas hidratadas - Alimentar-se e ingerir líquidos oralmente, sem disfagia; 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer alimentação entérica pela sonda nasogástrica – segundo protocolo do serviço (ritmo de perfusão de acordo com tolerância da utente); - Vigiar estase gástrica; - Avaliar sinais de desidratação; - Garantir a hidratação (indicação para 500ml de água /dia); - Vigiar características da urina e débito urinário; - Monitorizar entrada e saída de líquidos; - Testar disfagia (observar e avaliar o controlo da cabeça em posição de sentada; avaliar a simetria da face e dos lábios; observar a capacidade da pessoa para fechar os lábios firmemente; observar a simetria interna da boca; observar o estado geral dos dentes); - Alimentar a pessoa oralmente se teste de disfagia negativo. 	<p>23/10/2015 e 26/10/2015</p> <p>Não apresenta sinais de desidratação e/ou desnutrição. Tolerar alimentação entérica a 60ml/h + água a 21ml/h. Urina clara e límpida. Balanço hídrico oscilou entre -200 e os +200;</p> <p>28/10/2015</p> <p>Não apresenta sinais de desidratação e/ou desnutrição. Tolerar alimentação entérica a 60ml/h + água a 21ml/h. Urina clara e límpida. Balanço hídrico oscilou entre os -100 e +150;</p> <p>Testada disfagia (quando sentada no cadeirão) – teste negativo pelo que foi retirada SNG e iniciou alimentação mole (EOT recente) e hidratação oral que tolera. Questionada relativamente às suas preferências alimentares (dentro do que temos disponível na UCI em dieta mole);</p> <p>Plano:</p> <p>Progredir na dieta até dieta geral hipossalina.</p>

Data	NHF alterada	Objetivos	Intervenções Enfermagem	Avaliação
23/10	<p>Eliminar alterado</p> <p>Relacionado com estado de sedoanalgesia devido a estado de mal epilético;</p> <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algália - Risco de obstipação 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar continência vesical e intestinal; - Evitar obstipação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter hidratação e nutrição adequadas; - Vigiar abdómen (volume, timpanismo e presença de ruídos hidroaéreos); - Monitorizar eliminação intestinal (características das fezes, quantidade, coloração); - Administrar medicação emoliente prescrita; - Vigiar características da urina e débito urinário; - Desalgaliar assim que possível; - Incentivar o uso da arrastadeira; - No caso de incontinência perceber as causas e definir plano de intervenção adequado. 	<p>23/10/2015, 26/10/2015 e 28/10/2015</p> <p>A D. S. dia está algaliada com algália silicone nº 16 que funciona de urina clara sem sedimento, com débitos urinários 50-70ml/h. Evacuou dia 23/10, 25/10 e 27/10. Neste último dia fezes pastosas, acastanhadas, quantidade moderada (na fralda);</p> <p>Abdómen mole, depressível e indolor à palpação dia 28/10;</p> <p>Plano:</p> <p>Desalgaliar; Incentivar uso da arrastadeira; Registo Diurese; Monitorização da eliminação intestinal.</p>

Data	NHF alterada	Objetivos	Intervenções Enfermagem	Avaliação
23/10	<p>Integridade da pele alterada</p> <p>Relacionado com estado de sedoanalgesia devido a estado de mal epiléptico e consequente</p> <ul style="list-style-type: none"> - incapacidade em adotar uma postura e alternar o posicionamento - incapacidade em manifestar desconforto pelo posicionamento realizado; <p>Manifestada por maceração no sulco nadegueiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que mantenha integridade da pele 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar diariamente o risco de úlcera de pressão (escala de Braden); - Executar técnica de posicionamento e alternar decúbitos de acordo com o risco de úlcera de pressão; - Vigiar a pele (coloração, temperatura e hidratação); - Executar tratamento à maceração; - Incentivar a pessoa para a realização de atividades terapêuticas e das AVD de forma a potencializar a sua independência e combater a imobilidade: rolar na cama, rotação controlada da anca, ponte, carga no cotovelo, auto-mobilizações, treino de equilíbrio sentada, transferência, treino de marcha controlada e treino de equilíbrio em posição ortostática. 	<p>Dia 23/10 apresenta score de 11 na escala de <i>Braden</i> (Alto Risco)</p> <p>Dia 28/10 apresenta score de 19 na escala de <i>Braden</i> (Baixo Risco)</p> <p>Posicionada de 2-2h dia 23/10 e 26/10</p> <p>Posicionada de 3-3h dia 28/10</p> <p>Apresenta maceração no sulco nadegueiro onde se aplica um protetor cutâneo – securo. Aplicar diariamente após cuidados de higiene e aquando da muda da fralda;</p> <p>Plano:</p> <p>Monitorização escala <i>Braden</i> de 2-2d;</p> <p>Adaptar frequência do posicionamento ao risco de úlcera de pressão, necessidade da utente e tolerância;</p> <p>Incentivar a realização de atividades terapêuticas e das AVD</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho resulta da minha intervenção no estágio da UCI de um hospital central, incluído na Unidade Curricular Estágio com Relatório e desenvolveu-se em articulação com todas as unidades curriculares deste 6º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, na medida em que mobilizei conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas durante todo este percurso, para a realização deste processo de Enfermagem pelo que considero este trabalho de extrema importância.

O presente trabalho permitiu descrever os diferentes passos para elaboração de um programa de Reabilitação e possibilitou a sua aplicação na prática: colheita de dados, exame neurológico (recorrendo a várias escalas de avaliação), exame respiratório, caracterização das necessidades reais da pessoa, elaboração do plano de cuidados de acordo com as necessidades reais e avaliação/reformulação da intervenção.

A realização deste trabalho apresentou inúmeras vantagens pois permitiu a aplicação prática de toda a teoria apreendida até esta fase, permitiu avaliar a situação de risco no que respeita à possibilidade de desenvolvimento de incapacidades, intervir precocemente na fase aguda da doença, estabelecer um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação que permita a pessoa preservar, desenvolver e valorizar o seu potencial de reabilitação e reformular esse programa sempre que necessário, assumindo a promoção dos cuidados como membro de uma equipa multiprofissional. Neste sentido considero atingidos os objetivos a que me propus.

A implementação de escalas e instrumentos de medida permitiu monitorizar a intervenção de enfermagem de reabilitação, como preconizado pela OE, demonstrando a eficácia dos cuidados prestados exigindo reformulações constantes no programa de reabilitação.

Com este trabalho uma conclusão que emerge é que o programa de reabilitação não é estático nem linear tal como o cuidado ao doente, que se espera individualizado. Neste sentido, Costa (2006) refere-se ao cuidar como uma desafio à criatividade e à inovação na construção de soluções, infundidas em abordagens integradoras, dignificantes e humanizadas.

Em associação com o trabalho desenvolvido foi realizada simultaneamente a reflexão e análise das situações vivenciadas, com vista a melhoria da prática de cuidados. Falo em prática reflexiva - prática que tem por base a reflexão - e representa um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem a adquirir um conhecimento profundo dos seus saberes e da sua prática (Santos & Fernandes, 2004), o que significa que o tempo para refletir é fundamental. Mais do que saber fazer importa saber e poder refletir sobre elas. A Ordem dos Enfermeiros (2002, p.7) defende que “a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados”. Só com base na reflexão sobre a ação e na ação refletida conseguimos ser os enfermeiros “especialistas do pormenor”, “em pequenas coisas” como Hesbeen (2001, p. 85, 87) afirma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcantar, J., Dias, S., Manita, M. & Mendes, J. (2011). Estado de mal epilético - Abordagem Clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*. 18 (3), 25-32.
- Aquino, D. (2004). *Construção e implantação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI*. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande.
- Costa, M. (2006). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. 2. ed. Coimbra: Formasau.
- Henderson, V. (1994). *La Naturaleza de la Enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación - reflexiones 25 años después*. Madrid: Interamericana, 1994;
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do francês *La réadaptation*, 2001, Éditions Seli Arslan SA);
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação* (M. Abecasis, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês *Rehabilitation Nursing – Process and Application*, 1986, Mosby, 2nd Edition);
- Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa idosa com AVC. In M. Cordeiro, E. Menoita (Coords). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente* (p. 25-190). Loures: Editora Lusociência.
- Sousa, L., Duque, H. & Ferreira, A. (2012). Reabilitação Respiratória na Pessoa submetida a Ventilação Invasiva. In M. Cordeiro, E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, Princípios e Técnicas* (p. 194-211). Loures: Lusociência.

Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Santos, F. & Fernandes, A. (2004), Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, 11, 59 – 62;

Apêndice 10
Jornal de Aprendizagem –
Intervenção do EEER na equipa multidisciplinar de uma ECCI:
contributo na referenciação de utentes na RNCCI

INTERVENÇÃO DO EEER NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE UMA ECCI - CONTRIBUTO NA REFERENCIAÇÃO DE UTENTES NA RNCCI

Em meados de Dezembro de 2015 foi admitido nesta equipa (ECCI) um utente de 68 anos, género masculino, com antecedentes pessoais de derivação ventrículo-peritoneal (SDVP) em 2006 por hidrocefalia em contexto de hemorragia subaracnoídea. Em Agosto de 2015 início de quadro de desequilíbrio na marcha e quedas frequentes, a mais aparatosa originou um traumatismo crânio encefálico. Esta queda motivou a ida do utente ao serviço de urgência onde se constatou uma disfunção do SDVP com consequente hidrocefalia (Agosto 2015). Foi intervencionado cirurgicamente em dois momentos diferentes onde foi submetido a revisão da extremidade abdominal do *shunt* numa primeira intervenção, sendo removido totalmente numa segunda intervenção com recolocação de novo *shunt*. A última TAC realizada demonstra funcionamento do novo *shunt*.

O utente está consciente e aparentemente orientado em relação a si e ao meio envolvente, apresenta discurso pobre e lentificação psico-motora, traduzindo-se nalguns momentos em dificuldade em alimentar-se (a refeição do pequeno almoço chegava a demorar 2 horas segundo o primo). Apresenta força grau 3/5 em todos os movimentos de todos os segmentos segundo a escala de *Lower*. É dependente de terceiros em todas as necessidades humanas básicas. Faz diariamente levantar para cadeirão, com ajuda total, apresentado desequilíbrio estático predominantemente para a direita em posição de sentado, necessitando de frequentes correcções no alinhamento corporal.

A nossa intervenção tinha como principal objetivo reduzir a inactividade, promover a autonomia, estimular para o autocuidado e diminuir o estado de dependência para as atividades de vida diária, através do aumento do tônus muscular, força e sensibilidade, prevenção do padrão espástico e da anquilose, tendo sido definido um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação. O utente colabora nos exercícios propostos e já assume posição de pé com ajuda de terceiros (bilateralmente).

Utente vive com o primo (cuidador principal – médico Neurologista reformado), tem cuidador particular (que assegura diariamente os cuidados de higiene e conforto, alternância de decúbitos, prepara as refeições e por vezes alimenta o

utente, trata da limpeza e arrumação da casa, etc.) e recebe diariamente a visita de uma amiga (enfermeira reformada) que colabora nos cuidados (dentro das possibilidades – também idosa com vários problemas de saúde).

No final do ano (31/12), segundo o cuidador principal terá havido um agravamento do estado neurológico com aumento dos períodos de sonolência, maior dificuldade em deglutir e diminuição da força muscular, sendo cada vez maior a dificuldade em alimentar o utente. Foi observado neste período por um Neurologista amigo que sugere encaminhamento do utente para cuidados paliativos e informa a família relativamente à gravidade da situação.

No início deste ano quando regressamos das folgas de Ano Novo, fomos então surpreendidas com este pedido de referenciação (para unidade de cuidados paliativos), tendo sido solicitada observação pela médica de família e assistente social (fundamentais antes de qualquer referenciação para a RNCCI) para se poder formalizar o pedido. Em dois dias conseguiu-se observação pela médica assistente e no próprio dia pela assistente social, procedendo a partir desse momento ao preenchimento dos itens necessários na plataforma da RNCCI para posterior envio da informação à equipa coordenadora local (ECL) que é responsável pela apreciação da avaliação da situação do utente e verificação dos critérios de referenciação.

Apesar deste pedido e de toda esta aparente alteração do estado de saúde do utente, a nossa avaliação era sobreponível à realizada anteriormente (e que eu acima descrevo) – em conversa com a minha orientadora questionamo-nos se este utente teria critérios para referenciação para uma unidade de cuidados paliativos, no entanto, médico particular e médico de família concordam em referenciar utente para uma unidade desse tipo.

Em conversa com a coordenadora da ECCI e consultando os critérios gerais de referenciação de doentes na RNCCI, percebemos que este utente não tinha critérios para ser referenciado a uma unidade de cuidados paliativos uma vez que estas são destinadas a utentes “com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal” (ACSS, 2008, p.4-5) que não é o caso deste utente. No entanto, não havendo condições reunidas para o utente permanecer no domicílio e tendo em conta o binómio utente/cuidador, a referenciação possível seria para uma unidade de longa

duração e manutenção (ULDM), por necessidade de descanso do cuidador principal. Perante esta realidade havia uma decisão a ser comunicada a esta família, mas até esta hora nenhum profissional envolvido tinha falado da impossibilidade de referenciação deste utente por falta de critérios (apenas tínhamos partilhado a nossa dúvida com a cuidadora particular) – médica de família, assistente social nós enfermeiras criamos a ilusão dessa possibilidade a esta família. Assim, sentimos a necessidade de colaboração por parte da coordenadora de enfermagem da ECCI (que se disponibilizou de imediato a falar com a família) para transmitir esta notícia à família e sendo uma pessoa muito experiente nesta área, esclarecer a família relativamente às possibilidades de referenciação, tendo ficado acordado referenciar o utente para uma ULDM.

Perante esta situação, o meu pensamento gira em torno dos motivos que originaram toda esta situação. O agravamento do utente ocorreu em dias de folga da equipa da ECCI, haverá alguma relação? A observação do Neurologista e da médica de família e a indicação em referenciar para cuidados paliativos irá de encontro à definição de cuidados paliativos da RNCCI?

O sentimento que predomina é aquele que traduz a impotência perante a situação e a inexperiência de referenciação de utentes na RNCCI. Questionamo-nos sobre a possibilidade do utente não obedecer aos critérios de referenciação necessários, no entanto, não investigamos atempadamente esses critérios para que fossem apresentados à família em vez de participarmos na ilusão dessa possibilidade. A observação dos clínicos deve ser tida em consideração, no entanto, neste caso é discordante das regras da RNCCI e como tal importa esclarecer (se possível) os clínicos sobre as regras que regem a referenciação de utentes na Rede. Vim a perceber que estes lapsos são recorrentes nestes profissionais (esta médica já foi informada várias vezes relativamente a esta questões).

Nesta experiencia, o que considero positivo diz respeito à investigação que esta situação obrigou em termos de legislação da RNCCI, nomeadamente em relação ao decreto-Lei que lhe deu origem (nº 101/2006 que já conhecia mas não tinha presente) e dos critérios gerias de referenciação de utentes para as diversas unidades (de internamento e de ambulatório) apresentados na directiva técnica nº 1/UMCCI/2008 da administração central do sistema de saúde (ACSS). Outro aspeto positivo diz respeito à composição da equipa de enfermagem da ECCI e da

existência de enfermeiros peritos em várias áreas e do espírito de equipa que se vive nesta unidade. Perante uma dificuldade providencia-se de imediato uma reunião informal e apresentam-se soluções, neste caso a enfermeira coordenadora transmitiu a notícia a esta família e encaminhou o utente para outra unidade (depois de esclarecer as dúvidas existentes). O aspeto negativo nesta experiencia poderia ser a possibilidade de desacreditação na equipa, o que até à data não se verificou, possivelmente porque a família foi esclarecida num período de tempo considerado razoável; por outro lado a relação que temos com esta família é uma sólida relação de ajuda, confiança e proximidade que dificilmente originaria esse tipo de comportamento.

Analisando a situação, posso concluir que a intervenção do ER assume uma importância fulcral perante a pessoa em contexto comunitário pois representa o profissional de maior proximidade, com competências que lhe conferem respostas/apoio de extrema qualidade. Ribas e Ferraz (2010) defendem que as UCC devem servir “como gestoras da informação e dos cuidados e de centro de comunicação e articulação aberta e sem barreiras entre os vários intervenientes” (p. 194) Neste caso, representávamos os gestores de caso entre a família e a RNCCI e como tal, deveríamos estar preparados para apoiar e esclarecer esta família para decidir em consciência (e bem esclarecidos) o futuro deste utente. Esta situação permitiu aprofundar conhecimentos na área de referenciação de utentes na RNCCI de forma que numa situação semelhante a família possa ver esclarecidas as dúvidas atempadamente e sem estas lacunas. Estarmos esclarecidos é fundamental para poder esclarecer os outros. Os utentes ao saberem que o enfermeiro da UCC é o profissional que presta

cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção

(Diário da República, 2008, p. 1184)

esperam que este profissional conheça as redes de apoio e a forma de solicitar esse apoio; temos de conhecer e saber para poder informar o outro.

O pedido de colaboração e a reflexão conjunta com a enfermeira coordenadora permitiu rapidamente perceber as possibilidades de referenciação e o

caminho a seguir. Esta profissional até nos sossegou dizendo que para quem não tem experiência de referência de utentes na Rede, estes erros são muito comuns, ela própria os cometeu na sua primeira referência. Benner (2001) defende que a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas situações concretas que ela já viveu e vai directamente ao centro do problema - o estágio de perita apresenta-se como o desenvolvimento máximo - foi neste sentido que se solicitou o apoio desta profissional pela sua vasta experiência nesta área, é uma forma de otimização de competências.

A questão que coloquei não pode ser respondida neste momento, ficarei atenta às reações da família e se for oportuno tentarei perceber até que ponto estão dependentes do apoio da ECCI (perceber se existe relação entre o agravamento do utente e a falta de contacto com a ECCI).

Refletir sobre a prática revela-se mais uma vez fundamental no processo de aprendizagem. A reflexão reelabora continuamente as práticas e promove a capacitação, qualificação e aperfeiçoamento (Castelli) – características imprescindíveis no enfermeiro especialista. Segundo Schön (1992), refletir sobre a ação é estar em constante retrospectiva da ação e refletir sobre o momento da ação, isto é, pensar sobre o que aconteceu, analisar o que se fez e descobrir novos significados – só desta forma se conseguem descobrir novas soluções e encontrar uma nova percepção das ações futuras, possibilitando novas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice, first edition, 2001, Pearson Education, Inc);

Castelli, M. A reflexão sobre a prática pedagógica: processo de ação e transformação. Acedido em 09/01/2016. Disponível em http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Educacao_Basica/Trab

[alho/02_01_00_A_reflexao_sobre_a_pratica_pedagogica_processo_de_acao_e_transformacao.PDF](#)

Decreto Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, I Série – A, N.º 109 (06-06-2006). p. 3856-3865;

Decreto Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, I Série, N.º 38 (22-02-2008). p. 1182-1189;

Ribas, M. & Ferraz, C. (2010). O papel da comunidade. *Nascer e crescer*. Vol XIX, nº 3, 192-194;

Directiva Técnica nº 1/UMCCI/2008 de 7/01/2008 da Administração central do sistema de saúde. Unidade de missão para os cuidados continuados integrados. Acedido em 7/01/2016. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Diretiva%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%201%20-%20UMCCI%20-%202008.pdf>

Ribas, M. & Ferraz, C. (2010). O papel da comunidade. *Nascer e crescer*. Vol XIX, nº 3, 192-194

Schön, D. (1992). Formar professores como profissionais reflexivos. IN Nóvoa, A. *Os professores e sua formação*. Lisboa: Dom Quixote.

Apêndice 11

Projeto de Qualidade segundo os Padrões de Qualidade dos
Cuidados de Enfermagem da OE -
Intervenção do EEER na qualidade de vida da criança com
doença crónica, na comunidade

PROJETO DE QUALIDADE: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA, NA COMUNIDADE

1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

2 – PERCEBER O PROBLEMA

3 – FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

4 – PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES

6 – VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

7 – PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, NORMALIZAR E TREINAR EQUIPA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice 10.1 – Histórico da intervenção da UCC no cuidar de duas crianças em situação de doença crónica na comunidade

LISTA DE SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
FIAD	Federação de Instituições de Apoio a Doentes Crónicos
OE	Ordem dos Enfermeiros
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
WHO	<i>World Health Organization</i>

1 – IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Nos últimos anos, com todo o desenvolvimento científico e tecnológico e com a melhoria das condições de vida das pessoas, nota-se um aumento da esperança média de vida, um aumento significativo das taxas de sobrevivência nas crianças com doenças (que estavam associadas a elevadas taxas de mortalidade) e um acréscimo significativo de crianças com doença crónica (Martinez & Ercikan, 2009; Berry, Bloom, Foley & Palfrey, 2010; Santos, 2010) o que representa uma das principais preocupações dos profissionais de saúde (Figueiredo, 1999). Isto acontece não só por razões sociais e comportamentais, mas também (e principalmente) devido a razões científicas, nomeadamente o progresso da medicina - novos fármacos, tratamentos e procedimentos que se têm tornado cada vez mais eficazes (Santos, 2010). Sabemos que a doença crónica na criança está muitas vezes associada a constantes e frequentes internamentos hospitalares, sendo um dos objetivos deste projeto diminuir o número de internamentos hospitalares destas crianças, ainda que neste momento não seja conhecida a dimensão do problema.

Apesar de não conhecermos as taxas de internamento hospitalar das crianças em situação de doença crónica, tendo em consideração os custos em saúde e económicos que os internamentos frequentes podem representar (e as suas consequências), este é considerado um problema na vida destes utentes e sua família, principalmente na qualidade de vida.

Com base nos enunciados descritivos do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros) foi elaborado este projeto de melhoria da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem perante a criança em situação de doença crónica que assenta no terceiro enunciado descritivo - prevenção de complicações.

O foco **desenvolvimento infantil** consta do Resumo mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, que se subdivide em dois diagnósticos: **desenvolvimento infantil em risco** e **potencial para desenvolvimento do conhecimento do prestador de cuidados**

sobre desenvolvimento infantil e está directamente relacionado com a intervenção dos enfermeiros especialistas (em enfermagem de reabilitação e enfermagem de saúde infantil e pediátrica) na criança e família em situação de doença crónica.

Desenvolvimento infantil é foco de Enfermagem (em linguagem CIPE) que se define como: “crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância” (CIPE versão 2.0, 2011, p.48).

2 – PERCEBER O PROBLEMA

Para perceber a dimensão da doença crónica na criança, fomos pesquisar dados e orientações nacionais e internacionais sobre a temática.

A prevalência da doença crónica na criança em Portugal não é conhecida, no entanto, estudos epidemiológicos realizados em países europeus demonstram que uma em cada dez crianças com menos de 15 anos tem uma doença crónica (Theofanidis, 2007). Estimativas sobre a prevalência da doença crónica na criança indicam que entre 15% e 18% da população infantil americana pode sofrer de alguma doença crónica (Perrin & Shonkoff, 2000). A criança em situação de doença crónica representa uma realidade, não sendo exceção a área de abrangência desta UCC.

Os dados do Ministério da Saúde de 1997 indicavam que a doença crónica na criança era responsável por um terço das consultas de especialidade e das hospitalizações pediátricas, sendo considerada uma prioridade na saúde infantil (Palminha, Lemos & Cordeiro, 1997 cit. por Santos, 2010).

Existem várias definições ou tentativas de definição de doença crónica sendo a mais utilizada aquela que se refere à sua duração. Neste sentido, doença crónica pode ser definida como uma condição que dura mais de três meses num ano ou que necessite de um período de hospitalização superior a um mês (Vieira & Lima, 2002). É consensual a ideia de que se trata de uma condição clínica prolongada e irreversível (Santos, 2010) e com graus diferentes de gravidade que alteram o funcionamento total do indivíduo (Barros, 2003; Theofanidis, 2007; Aguiar, 2011).

A Federação de Instituições de Apoio a Doentes Crónicos (2005), define doença crónica como “toda e qualquer patologia de longa duração, evolutiva que determine uma alteração orgânica ou funcional irreversível, potencialmente incapacitante, sem perspectiva de remissão completa e que altere a qualidade de vida do portador a nível físico, mental, emocional, social e/ou económico” (FIAD,

Regulamento p.1 cit. por Santos, 2010). WHO (2008) define doenças crónicas como “doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta”.

A nossa experiência em pediatria diz-nos que, muitas vezes os internamentos frequentes e prolongados da criança/família com doença crónica acontecem por não se conseguir providenciar as condições necessárias à continuidade dos cuidados no domicílio. Esta realidade é responsável por várias situações de *stress*: a entrega de parte dos cuidados da criança (quando hospitalizada) aos enfermeiros e médicos pode ser uma situação de *stress* para a família pois ela precisa de ter um papel central nos cuidados e estar informada sobre procedimentos adquirindo o controlo possível da situação; o desmembramento da vida familiar normal representa habitualmente outro fator de *stress*. O relacionamento conjugal pode ser afetado e agravado pelo aumento dos gastos com a criança doente, resultantes de viagens para o hospital, obtenção de equipamentos especiais, dieta especial e adaptações na casa, consultas frequentes, internamentos, faltas ao trabalho e redução no rendimento económico (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

Partindo do princípio número um da Carta da Criança Hospitalizada, que refere que a criança só deve ser hospitalizada “quando os cuidados à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (Instituto de Apoio à Criança, 2000, p.8), percebemos a importância dos cuidados prestados ao nível da comunidade e a influência que estes podem ter no cumprimento dos princípios desta carta e na redução dos internamentos hospitalares da criança em situação de doença crónica. Ribas e Ferraz (2010) defendem que as UCC devem servir “como gestoras da informação e dos cuidados e de centro de comunicação e articulação aberta e sem barreiras entre os vários intervenientes no processo: família, equipa de saúde e hospital” (p. 194), desta forma os enfermeiros da UCC funcionam como gestores de caso que prestam “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo” (Diário da República, 2008, p. 1184).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ou Rede criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, alterado pelo Decreto -Lei n.º 136/2015, de 28 de Julho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional e representa um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social. O objectivo geral da RNCCI é “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Diário da República, 2006, p. 3858), mas até agora, ainda não se tinham concretizado este objectivo relativamente à pediatria.

A Portaria nº343/2015 de 12 de Outubro traz-nos novas perspectivas de apoio a estas crianças, uma vez que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, bem com as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e **as equipas de cuidados continuados integrados da RNCCI destinadas a cuidados pediátricos (designadas equipas domiciliárias)**, previstas no artigo 12.º do Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, alterado pelo Decreto -Lei n.º 136/2015, de 28 de Julho. **As equipas domiciliárias** (que nos propomos integrar), segundo esta portaria, serão responsáveis pela realização de uma avaliação multidisciplinar da criança e prestação de

cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a crianças em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar -se de forma autónoma

depois de elaborado um plano de intervenção individualizado (Diário da República, 2015a, p.8817).

Os objetivos da intervenção destas equipas domiciliárias visam garantir:

- a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais
- b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;

- c) Prestação de apoio psicoemocional;
- d) Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa;
- e) Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária, quando aplicável;
- f) Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
- g) Participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais.

(Diário da República, 2015a, p.8817)

As equipas domiciliárias são compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e assistentes sociais, devendo fazer parte delas profissionais com formação na área pediátrica, o que se verifica nesta UCC (constituída por 4 enfermeiros especialistas em Reabilitação com experiência em pediatria e 2 especialistas em Saúde infantil e pediatria).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) assume um papel fundamental perante a criança em situação de doença crónica, ao desenvolver um processo de prestação de cuidados globais, que permita dar resposta às diferentes necessidades da criança e família, possibilitando reduzir sintomas, prevenir complicações, maximizar o potencial de desenvolvimento e crescimento da criança, potenciar a dinâmica familiar, favorecer a reinserção social e familiar da criança, otimizar a relação custo-benefício dos cuidados e melhorar a qualidade de vida da criança e família, tornando possível obter ganhos efetivos em saúde (Silva, Silva, Santos & Silveira, 2014). A melhoria da qualidade de vida resulta do processo de adaptação (no domínio físico, funcional, social e emocional) por parte dos indivíduos em situação de doença crónica e de todos os que com estes vivenciam (Shapiro, 2000; Stanton, Revenson & Howard, 2007) – neste caso particular os pais, cuidadores informais, irmãos, etc. Neste sentido, podemos afirmar que o EEER contribui para a melhoria da qualidade de vida da criança em situação de doença crónica pois preocupa-se “com os processos e as experiências dos seres humanos durante o percurso das transições, no qual a saúde e a percepção do bem-estar são resultados/ganhos” (Meleis & Trangenstein, 1994, p.257). “A consciencialização da transição pressupõe a percepção, conhecimento e reconhecimento das mudanças que estão a ocorrer naquele momento” (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher,

2000, p.18) sendo o EEER um elemento facilitador desta consciencialização e sequente transição.

Tendo como base as competências específicas do EEER, definidas pela OE (Diário da República, 2011a, p. 8658):

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

facilmente percebemos a importância fulcral do EEER na adaptação e na melhoria da qualidade de vida da criança em situação de doença crónica.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EESIP) é outro profissional de excelência no cuidado à criança em situação de doença crónica pois representa o elemento da equipa de cuidados responsável por ter um entendimento profundo da situação da criança/família, que lhe permite dar uma resposta de elevado grau de adequação às suas necessidades, prestando cuidados individualizados, numa perspectiva holística (Sousa, 2010).

O enfermeiro de reabilitação assume um papel fulcral na criança em situação de doença crónica, através de uma avaliação sistemática das necessidades específicas da criança e família elabora um plano individualizado de reabilitação que possibilita maximizar a função física, cognitiva e sócio emocional e a dinâmica familiar, utilizando estratégias de intervenção precoce (Make et al., 1998; Kelly, 2006). Este profissional, ao constituir-se como o principal prestador de cuidados à criança e família, desempenhará um papel determinante pois funciona como elo de ligação entre a criança e família e os diferentes profissionais envolvidos, através da deteção precoce de necessidades (Make et al., 1998; Kelly, 2006).

Os cuidados continuados pediátricos exigem uma abordagem multidisciplinar e transversal a várias áreas, nomeadamente a saúde, o serviço social e a educação, o nível de cuidados hospitalares (intervenção altamente tecnológica) e da comunidade (intervenção de suporte). Este processo deve ser integrado desde o

momento do diagnóstico até à morte da criança, numa rede de alta acessibilidade, intercomunicação e cooperação entre os profissionais envolvidos. Por vezes são necessários cuidados especiais, nomeadamente: aspiração, posicionamento, medicação, técnicas de alimentação, tratamentos respiratórios e reabilitação. O equipamento habitualmente usado apenas em meio hospitalar, passa a ter lugar casa, como os monitores, oxigénio, ventiladores, dispositivos para posicionamento ou marcha, aspiradores de secreções, etc. (Ribas & Ferraz, 2010). Este projeto de melhoria contínua da qualidade surge como forma de dar resposta a estas necessidades da criança em situação de doença crónica e sua família/cuidadores, desde que se encontrem reunidas as condições no domicílio para lhes serem prestados os cuidados continuados integrados de que necessitam.

O objectivo geral deste projeto vai de encontro à uniformização da intervenção da equipa multidisciplinar (envolvendo profissionais do hospital e da comunidade) perante a criança com doença crónica. Como objetivos específicos estipulamos a conceção de uma parceria de cuidados entre as instituições hospitalares e esta UCC (no que respeita à criança em situação de doença crónica), com elaboração de programas de intervenção conjunta e criação de canais de acesso especial em situações de urgência ou mesmo de manutenção do tratamento, cobertura da prestação de cuidados continuados às crianças referenciadas nesta área de Lisboa de forma a possibilitar os seus cuidados no domicílio e redução em 50% da taxa de internamento hospitalar destas crianças – para tal pressupõe-se monitorizar a prevalência de crianças em situação de doença crónica na área de abrangência desta UCC e monitorizar a taxa de prevalência de internamento hospitalar destas crianças antes e após inclusão nesta Unidade. A monitorização da taxa de efetividade na prevenção do risco de Desenvolvimento infantil e da taxa de modificação positiva no estágio do potencial para desenvolvimento do conhecimento do prestador de cuidados sobre Desenvolvimento infantil na criança em situação de doença crónica acompanhada pela UCC representa outro objectivo específico que vai espelhar a intervenção dos profissionais desta Unidade.

3 – FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

- Cobertura da prestação de cuidados continuados à criança com doença crónica na área de Lisboa abrangida por esta UCC de forma a possibilitar a sua permanência no domicílio, sempre que possível;
- Monitorização da prevalência de crianças em situação de doença crónica na referida área;
- Monitorização da taxa de prevalência de internamentos hospitalares da criança em situação de doença crónica e redução em 50% da taxa de prevalência de internamentos hospitalares da criança em situação de doença crónica uma vez acompanhada pela UCC;
- Conceção de uma parceria de cuidados entre as instituições hospitalares e esta UCC (no que respeita à criança em situação de doença crónica), com programas de intervenção conjunta;
- Criação de canais de acesso especial em situações de urgência ou mesmo de manutenção do tratamento;
- Melhoria da qualidade de vida da criança em situação de doença crónica e sua família;
- Monitorização da taxa de efetividade na prevenção do risco de Desenvolvimento infantil e da taxa de modificação positiva no estágio do potencial para desenvolvimento do conhecimento do prestador de cuidados sobre Desenvolvimento infantil na criança em situação de doença crónica acompanhada pela UCC;

4 – PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

O desenvolvimento científico e tecnológico aliado à melhoria das condições de vida das pessoas ditaram o aumento da esperança média de vida da população, o aumento significativo das taxas de sobrevivência nas crianças com doenças (que estavam associadas a elevadas taxas de mortalidade) e o acréscimo significativo de crianças com doença crónica (Martinez & Ercikan, 2009; Berry, Bloom, Foley & Palfrey, 2010; Santos, 2010).

A evolução dos cuidados intensivos pediátricos originou uma redução significativa das taxas de mortalidade neonatal e pediátrica, permitindo a sobrevivência de crianças com doenças outrora incompatíveis com a vida (Silva, Silva, Santos, & Silveira, 2014). No passado, muitas destas crianças, permaneciam em internamentos de longa duração nas unidades hospitalares, mesmo quando atingiam estabilidade clínica. Atualmente conhecem-se as consequências negativas do internamento prolongado para a criança e família pelo que se procura transferir, o mais precocemente possível, estas crianças para o seu meio sociocultural e familiar, mantendo o acompanhamento quer em consultas de ambulatório, quer através de cuidados domiciliários (Appierto et al., 2002; Edwards, Hsiao, & Nixon, 2005).

Este projeto de melhoria contínua da qualidade surge como forma de dar resposta às necessidades crescentes da criança em situação de doença crónica e sua família, uma vez reunidas as condições no domicílio para lhes serem prestados os cuidados de que necessitam.

5 – PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS/ATIVIDADES

Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é aquele que “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”. (Diário da República, 2011a, pág. 8658). Na sua atividade, identifica as necessidades de saúde, analisa os dados sobre cada situação, fórmula diagnósticos, prescreve intervenções e avalia-as, permitindo assim a implementação e monitorização de planos de Enfermagem de Reabilitação, sempre orientado pelas oito categorias de enunciados descritivos previstas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: satisfação dos doentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos doentes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de Enfermagem (Diário da República, 2015b, pág. 16656). Este projeto incidirá no terceiro enunciado descritivo – prevenção de complicações como já referimos anteriormente.

Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica é aquele que “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Diário da República, 2011b, p. 8653).

Esta UCC dispõe, como já foi referido, de 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (um dos quais com experiência de reabilitação em contexto de cuidados intensivos pediátricos) e 2 enfermeiros especialistas em saúde infantil, cumprindo aparentemente os requisitos do artigo 17º da Portaria nº 343/2015 (Diário da República, 2015a), trazendo novas perspectivas de apoio às crianças em situação de doença crónica abarcadas pela área de intervenção desta equipa.

Conhecendo as reais necessidades da criança com doença crónica, esta UCC propõe-se criar condições para providenciar os cuidados necessários para integrar, de início, **4 crianças/famílias com doença crónica**, na área de Lisboa Ocidental, com necessidades de cuidados especiais, de modo a possibilitar a sua permanência

em casa e diminuir a necessidade de recorrência frequente ao hospital (para realizarem tratamentos que poderiam ser providenciados em casa por uma equipa especializada, nomeadamente de reabilitação respiratória e sensório motora). Com a intervenção desta equipa pretende-se diminuir o número de internamentos destas crianças e os gastos em saúde e melhorar a qualidade de vida da criança/família. A monitorização da **taxa de prevalência de internamentos hospitalares da criança em situação de doença crónica** antes e depois de serem acompanhadas pela UCC será um **indicador epidemiológico** fulcral para evidenciar a importância da intervenção destes profissionais. Esta taxa resulta da **relação entre o número total de internamentos hospitalares (da criança em situação de doença crónica) registados num determinado período e o número total de crianças em situação de doença crónica nesse mesmo período** - um dos objetivos definidos neste projecto visa reduzir em 50% a taxa de prevalência de internamentos hospitalares da criança em situação de doença crónica uma vez acompanhada pela UCC.

Desde Maio de 2015 que esta UCC presta cuidados de reabilitação a duas crianças com doença crónica, na comunidade onde se verificou uma redução da taxa de internamento hospitalar superior a 50% (apêndice 10.1). A avaliação da necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação destas crianças resulta nas seguintes intervenções principais: vigilância da respiração, limpeza das vias aéreas através da realização de cinesiterapia respiratória - nebulização prévia realizada pelas cuidadoras antes da chegada da equipa de enfermagem da ECCI (para manter permeabilidade das vias aéreas), exercícios de abertura costal global e selectiva (para promover a reeducação diafragmática e costal), manobras para promover a mobilização e eliminação das secreções - manobras acessórias (vibração e compressão), exercícios de expiração forçada, aspiração das secreções, vigilância das características da expectoração e optimização da ventilação através da técnica de posicionamento.

Ao longo destes 6 meses foi possível realizar formação em contexto de trabalho, de cuidados de reabilitação respiratória em pediatria, aos elementos da equipa, de modo a adquirirem competências nesta área específica da reabilitação

respiratória, sendo que actualmente, todos os elementos da ECCI prestam esses cuidados sem necessidade de supervisão.

Durante o ano corrente, foi ainda solicitado à UCC, apoio para outras duas crianças com necessidades de cuidados de reabilitação respiratória e motora, que não puderam ver satisfeitas estas necessidades.

Os **indicadores de resultado** que podemos obter através deste projeto são dois: Taxa de efetividade na prevenção de complicações (R1) e Modificações Positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (R2):

R1 diz respeito à **taxa de efetividade na prevenção do risco de Desenvolvimento infantil** e consiste na relação entre o número total de casos com risco documentado de Desenvolvimento infantil – que acabaram por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem implementada – e o universo dos casos que tiveram previamente documentado o risco de Desenvolvimento infantil, num determinado período de tempo – deve ser monitorizada **ANUALMENTE**:

$\frac{\text{Nº casos com risco de Desenvolvimento infantil, que não o desenvolveram, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{Nº casos com risco de Desenvolvimento infantil, no mesmo período}} \times 100$

R2 representa a **taxa de modificação positiva no estágio do potencial para desenvolvimento do conhecimento do prestador de cuidados sobre Desenvolvimento infantil** e consiste na relação entre o número de prestadores de cuidados (PC) com ganhos de conhecimento sobre desenvolvimento infantil - com intervenções de enfermagem implementadas - num dado período e o universo dos prestadores de cuidados com potencial para desenvolver o conhecimento, nesse mesmo período - deve ser monitorizada **ANUALMENTE**:

$\frac{\text{Nº de PC com ganho de conhecimento sobre desenvolvimento infantil, num dado período}}{\text{Nº total de PC com potencial para desenvolver conhecimento sobre desenvolvimento infantil, no mesmo período}} \times 100$
--

A intervenção do EEER na criança em situação de doença crónica vai depender de cada criança e do seu estadio de desenvolvimento. Enquanto numa criança mais velha podem ser iniciados os exercícios de marcha, subir escadas, bicicleta, passadeira, cicloergómetro de braços, exercícios com pesos, numa criança pequena, a realização destes exercícios será difícil, pelo que nestas, qualquer atividade ou brincadeira que promova o movimento da criança, como gatinhar, brincar, colocar-se de pé, andar, será útil para o seu desenvolvimento e uma oportunidade para aumentar a sua tolerância ao exercício (Brownson et al., 2008).

O treino de AVD's representa outra intervenção importante do enfermeiro de reabilitação, utilizando sempre que possível ajudas técnicas, o que vai permitir treinar não só a mobilidade e a força da criança como aumentar a sua autonomia (dependendo do seu estadio de desenvolvimento), fundamental para o sentimento de controlo da sua doença e das suas incapacidades, o que terá resultados importantes na qualidade de vida da criança (Make, et al., 1984; Escarrabill, Casolivé, & Balañá, 2005).

6 – VERIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

Após aplicação do projeto e conclusão de todo o processo, serão avaliados os resultados, com recurso à recolha de dados nos processos dos utentes, procedendo-se à comparação com os dados obtidos antes da inclusão destas crianças na UCC.

A descrição dos resultados obtidos no 1º ano de implementação do projeto, resumirá o cumprimento ou não cumprimento dos objetivos definidos e a redefinição dos mesmos.

7 – PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, NORMALIZAR E TREINAR EQUIPA

- Dar a conhecer o projeto à equipa da UCC;
- Organizar um *dossier* com toda a documentação atualizada, relativamente ao projeto;
- Divulgar o percurso e resultados obtidos à equipa da UCC;
- Analisar os dados produzidos para monitorizar os indicadores epidemiológicos e de resultado;
- Avaliar anualmente os resultados;
- Realizar relatórios relativamente aos dados obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, A. (2011). Conceções de saúde e doença de crianças portadoras de doença crónica um estudo utilizando a escrita como forma de comunicação. (Tese de mestrado em Psicologia, na Universidade do Porto);
- Appierto, L., Cori, M., Bianchi, R., Onofri, A., Catena, S., Ferrari, M. & Villani, A. (2002). Home care for chronic respiratory failure in children: 15 years experience. *Paediatric Anesthesia*, 12(4), 345-350;
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspetiva desenvolvimentista*. Climepsi editores: Lisboa.
- Berry, J., Bloom, S., Foley, S. & Palfrey, J. (2010). Health Inequity in Children and Youth With Chronic Health Conditions. *Pediatrics*. (126), 111-119. doi:10.1542/peds.2010-1466D;
- Brownson, Dewdney, e Biggs (2008). Cuidados intensivos em Pediatria. In Pountney (Ed.), *Fisioterapia pediátrica* (p. 305-331). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier;
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Tradução do original do inglês ICNP Version 2 – International classification for nursing practice);
- Decreto Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, I Série – A, N.º 109 (06-06-2006). p. 3856-3865;
- Decreto Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, I Série, N.º 38 (22-02-2008). p. 1182-1189;
- Edwards, Hsiao, & Nixon (2005). Paediatric home ventilatory support: The Auckland experience. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41(12), 652-658;

- Escarrabill, Casolivé, & Balañá (2005). Rehabilitación domiciliaria en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. In Martínez, Farré, & Andreu (Eds.), *Rehabilitación domiciliaria: Principios, indicaciones y programas terapéuticos* (339-348). Barcelona, España: Masson;
- Figueiredo, M. (1999). A família de criança com cardiopatia congénita – um estudo exploratório das experiências de enfermeiras e família. Porto, dissertação para admissão ao concurso para Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto.
- Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., (2006). Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (7ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier;
- Instituto de Apoio à Criança (2000). *Carta da criança hospitalizada: comentários*. 1ª ed. Lisboa;
- Kelly (2006). Children requiring long-term ventilator assistance. In Campbell, Linden, & Palisano (Eds.), *Physical Therapy for children*. St. Louis, United States of America: Saunders Elsevier. p. 793-817;
- Make, Gilmartin, Brody & Snider (1984). Rehabilitation of ventilator- dependent subjects with lung diseases. The concept and initial experience. *Chest*, 86 (3), 358-365;
- Make, B., Hill, N., Goldberg, A., Bach, J., Dunne, P., Heffner, J. ... Robert, D. (1998). Mechanical ventilation beyond the intensive care unit: Report of a consensus conference of the American College of Chest Physicians. *Chest*, 113 (5) Supplement, 289s-344s;
- Martinez Y.& Ercikan K. (2009). Chronic illnesses in Canadian children: what is the effect of illness on academic achievement, and anxiety and emotional disorders? *Child Care Health Dev.* 35 (3), 391-401. Doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00916.x;

Meleis, A. & Trangensstein, P. (1994), Facilitating Transition: Redefinition of nursing Mission. *Nursing Outlook*. 42, p. 255-259;

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000) - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), p. 12-28;

Perrin, J. & Shonkoff, J. (2000). Developmental disabilities and chronic illness: An overview. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia:W. B. Saunders, 452-464;

Portaria nº 343/2015 de 12 de Outubro (2015a). Definição das condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 e de ambulatório pediátricos. *Diário da República*, 1ª Série, Nº 199 (12-10-2015). p. 8815-8831

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. *Diário da República*, II série, N.º 35 (18/2/2011) 8658-8659;

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. *Diário da República*, II série, N.º 35 (18/2/2011) 8653- 8655;

Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. *Diário da República*, II série, Nº 119 (22/06/2015) 16655-16660;

- Ribas, M. & Ferraz, C. (2010). O papel da comunidade. *Nascer e crescer*. Vol XIX, nº 3, 192-194
- Santos, M. (2010). *Vivência Parental da doença crónica*. Edições Colibri: Lisboa;
- Shapiro, E. (2002). Chronic illness as a family process: A social-developmental approach to promoting resilience. *Psychotherapy in Practice*, 58 (11), 1375-1384;
- Stanton, A., Revenson, T. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Silva, J., Silva, N., Santos, V. & Silveira, T. (2014). O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária. *Salutis Scientia*. 4, 14-25.
- Theofanidis, D. (2007). Chronic illness in childhood: Psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal*. 1 (2), 1-9.
- World Health Organization. (2008). Chronic disease. Acedido em 26 de Dezembro de 2015. Disponível em http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

Apêndice 11.1- Histórico da intervenção da UCC no cuidar de duas crianças em situação de doença crônica na comunidade

Desde Maio de 2015 (início da intervenção da UCC no cuidar destas duas crianças) até Novembro de 2015 que se verifica:

- Diminuição das idas ao hospital destas crianças para realização de reabilitação respiratória, com consequente:
 - ✓ Redução do risco de infecção pela permanência em ambiente hospitalar
 - ✓ Melhoria da qualidade de vida pela promoção das rotinas domésticas que sabemos serem favorecedoras do desenvolvimento infantil nesta fase particular
- Diminuição dos internamentos hospitalares (por infecções respiratórias):

Número de internamentos e recurso ao Serviço de Urgência antes e depois da intervenção da UCC				
	Antes de Maio 2015 (6meses)		De Maio de 2015 a Novembro de 2015 (6 meses)	
	Internamentos	Recurso ao Serviço de Urgência	Internamentos	Recurso ao Serviço de Urgência
Criança M.D.	8	21	2	9
Criança R.D.	9	20	1	8

Apêndice 12
Jornal de Aprendizagem –
Intervenção do EEER no cuidado à pessoa e família, na
comunidade

INTERVENÇÃO DO EEER NO CUIDADO À PESSOA E FAMÍLIA, NA COMUNIDADE

O estágio realizado em contexto comunitário (ECCI) tem sido fundamental para compreender e refletir sobre a intervenção do EEER no cuidado à pessoa e família na comunidade. No estágio anterior esta dimensão não foi explorada uma vez que em ambiente hospitalar (ainda mais numa unidade de cuidados intensivos) a articulação com a comunidade, a readaptação da pessoa e a sua reinserção no meio onde vive ainda representam uma utopia.

Uma das utentes a que prestamos cuidados n esta ECCI é um bom exemplo para aqui descrever, pois retrata bem a intervenção do EEER nesta equipa e na comunidade. Trata-se de uma família composta por mãe (utente) e filha (cuidadora). A mãe apresenta várias patologias sendo a demência grave que possui, aquela que mais afeta a sua qualidade de vida e da sua cuidadora. Esta cuidadora é uma das várias filhas da utente, solteira, que num determinado momento da sua vida se deparou com a necessidade de abandonar o seu emprego (desempregou-se) para poder cuidar da sua mãe, quando esta deixou de ser capaz de satisfazer as suas atividades de vida diária de forma autónoma e segura.

Quando a equipa da EECl chegou a esta família deparou-se com uma cuidadora que fazia tudo pela sua mãe, satisfazia todas as necessidades à sua progenitora, independentemente de esta poder participar (ainda que em parte) ou não na sua realização. Esta filha sentia o dever e a necessidade de fazer tudo pela mãe, ainda que muitas vezes a mãe tivesse capacidade e autonomia para realizar a tarefa ou parte dela. No diagnóstico da situação da família percebeu-se que esta cuidadora também necessitava muito do nosso apoio e apresentava vários sintomas de vulnerabilidade: deixou de se arranjar como fazia habitualmente, passou a vestir-se sempre de cores muito escuras e passou a preocupar-se apenas com a sua mãe e a viver apenas para a sua mãe, deixando de lado o seu “Eu”; naquele momento o importante era a sua mãe e a doença da sua mãe, a sua vida logo viveria mais tarde quando tudo estivesse melhor com a sua progenitora. Perante esta realidade houve necessidade de intervenção da equipa multidisciplinar da ECCI que para além dos cuidados domiciliários de enfermagem de reabilitação destinados à pessoa em

situação de dependência física (mãe), prestou apoio psicossocial à prestadora de cuidados (filha), realizou sessões de educação para a saúde (em diversas áreas) e apoiou no tomar conta da sua familiar dependente.

A ECCI além de apoiar esta filha no tomar conta da sua familiar, ensinou várias técnicas para estimular a utente e dar continuidade ao processo de reabilitação ao longo do dia, alertou para a importância da mecânica corporal (filha apresentava sempre má postura corporal a cuidar da sua mãe pelo que houve necessidade de intervir neste campo) e continua a apoiar esta família e a esclarecer as dúvidas que vão surgindo no dia-a-dia, relativamente à administração de medicamentos, em relação ao apoio social, ajudas técnicas, fraldas, etc. O facto de esta equipa disponibilizar um contacto telefónico é fundamental pois as famílias percebem que a enfermeira está à distância de um telefonema, o que significa que qualquer dúvida que surja pode ser facilmente e rapidamente esclarecida - desta forma sentem-se ininterruptamente apoiadas no dia-a-dia.

A pouco e pouco e após 3 meses de intervenção da ECCI, esta filha passou a readquirir hábitos antigos (como arranjar-se), otimizou a forma de cuidar da sua mãe pois agora estimula-a para o autocuidado - não a substitui mas estimula-a a fazer sozinha dando-lhe o tempo que ela necessita para realizar as suas atividades, e consegue viver a sua vida ao mesmo tempo que cuida da sua mãe pois percebeu que é possível conciliar os dois mundos - trata-se do mesmo projeto de vida.

Outra situação igualmente marcante nesta minha experiência diz respeito a um ex-casal que se reaproximou com a situação de doença do utente. Trata-se de um utente que após amputação de membro inferior, necessitou de apoio de terceiros para a satisfação das atividades de vida diária - foi nesta altura que pôde contar com o apoio da sua ex-mulher que o acolheu em sua casa. Com esta cuidadora a intervenção da ECCI foi semelhante à da situação acima referida, com mais enfoque no ensino de cuidados de natureza mais técnica – técnica de massagem do coto, aplicação de ligadura para moldar coto, técnica de transferência cama/CR e CR/cadeira de refeição, além de todo o apoio psicológico que foi dado à cuidadora e ao utente – várias situações geradoras de *stress* aconteceram simultaneamente: reaproximação do casal, transição saúde/doença, perda de parte do corpo (amputação de perna), alteração da imagem corporal e mudança de papéis. A

intervenção da ECCI com esta família girou em torno das necessidades sensório-motoras e respiratórias do utente, apoio psicológico e social do casal, educação para a saúde e apoio nas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. O contacto telefónico facultado surtiu o mesmo efeito que no caso anterior. Os contactos telefónicos por nós realizados (para receber *feedback* das consultas de cirurgia vascular, por exemplo) intensificaram a relação de proximidade, de confiança e de ajuda indispensáveis para que se prestem cuidados de qualidade – é frequente a frase “o que seria de nós sem vocês”.

Outra constatação que fiz durante este período de estágio tem a ver com a transição demográfica e a idade dos cuidadores – é muito frequente idosos que cuidam de outros idosos em casa; uns porque não têm possibilidades económicas para pagar outros cuidados (numa instituição por exemplo), outros porque não têm “coragem de abandonar” o marido, esposa ou primo num lar, por exemplo. Muitas vezes os únicos profissionais de saúde com quem contactam são os que pertencem à ECCI que são muitas vezes as únicas pessoas que entram diariamente nas suas casas, lhes dão atenção, conversam com eles e preocupam-se com a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Durante estas semanas de estágio foi possível perceber (e importa reter) que os profissionais da ECCI não só prestam cuidados ao utente que é referenciado mas à família na sua globalidade – fazemos o diagnóstico da situação, definimos plano de intervenção, reavaliámos e alteramos o plano sempre que necessário (às vezes diariamente – dependendo da condição da pessoa naquele dia), fazemos triagem de situações de saúde, articulamos com a equipa multidisciplinar e sempre que necessário encaminhamos para outras equipas/unidades/profissionais. O caso mais recente diz respeito à referência de um utente para uma ULDM por necessidade de descanso do cuidador – não avaliamos apenas o utente mas sim a família. Esta intervenção só é possível acontecer desta forma pois nesta equipa trabalha-se diretamente com as famílias inseridas no seu domicílio, o que nos permite perceber todas as dificuldades que vão surgindo e intervir precocemente. Como percebemos nos vários relatos acima apresentados, a equipa de cuidados continuados

integrados promove um leque variadíssimo de cuidados (já divulgados em Diário da República a propósito da criação da Rede):

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos (...);
- b) Cuidados de fisioterapia;
- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades de vida diária;
- g) Apoio nas atividades instrumentais de vida diária;
- h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

(Diário da República, 2006, p. 3862)

O sentimento que mais emergiu durante este estágio relaciona-se com a impotência associada à escassez de tempo disponível para acompanhar cada família. Muitas vezes parece que estamos há cinco minutos em casa de uma família e quando olhamos para o relógio já passou mais de uma hora. A organização do dia e a articulação com os outros colegas (relativamente ao transporte por exemplo) é fundamental para se poder otimizar o tempo nos cuidados às famílias, com o mínimo de desperdício possível - esta gestão exige muito treino.

Durante este tempo o meu pensamento focou-se na importância que o EEER demonstra ter na comunidade e na constatação da escassez de profissionais a este nível, capazes de responder atempadamente às solicitações realizadas – percebi que existiam sempre em média cinco utentes em espera para serem admitidos nesta ECCI. Os profissionais são claramente insuficientes para dar resposta ao grande número de solicitações. Não seria benéfico ajustar o número de enfermeiros neste tipo de equipas? Os utentes beneficiavam e o SNS também. A intervenção ao nível comunitário parece-me ser o futuro dos cuidados de saúde em Portugal, tendo em conta a realidade demográfica – o envelhecimento da população requer só por si um contacto mais próximo e intenso da equipa de saúde com a população pois as necessidades de cuidados como bem sabemos aumentam, com isso aumenta igualmente a possibilidade das famílias se tornarem cuidadores dos seus idosos (Matthews, Dunbar, Jacob, Serika & McDowell, 2004) e assim aumenta a necessidade de apoio e de cuidados continuados de proximidade. Segundo Pearlin

e Zarit (1993), cuidar de um familiar idoso é cada vez mais uma experiência normativa que obriga a família a redefinir relações, obrigações e capacidades – neste sentido o EEER já tem provas dadas da importância da sua intervenção perante estas realidades.

Na experiência vivida durante este estágio considero muito positiva a relação que estabeleci com todos os utentes a quem prestei cuidados; numa fase inicial cheguei a questionar-me como seria recebida por estas pessoas que estão em sua casa, debilitadas, e vão conhecendo constantemente “caras novas” (já tinham estado alunos numa primeira fase neste local de estágio); cheguei a pensar que poderia haver desinteresse dos utentes em conhecer mais um profissional “temporário”, que ao fim de umas semanas desaparece - o que não se verificou, pelo contrário, foi possível estabelecer relações de grande proximidade e de confiança com todos os utentes a que prestei cuidados. Outro aspeto positivo tem a ver com o leque variadíssimo de experiências que este estágio permitiu – utentes com patologias várias, motivos de referenciação diversificados e planos de intervenção diferenciados. O facto de a minha orientadora ser uma profissional com largos anos de experiência em Enfermagem e na supervisão de alunos foi outro fator de extrema importância que permitiu tornar este estágio muito interessante, atrativo e extremamente produtivo no que diz respeito a experiências e aprendizagens.

O único aspeto negativo que começa a inquietar-me relaciona-se com o final do estágio que se aproxima e a com a dificuldade, que prevejo ser enorme, em “desapegar-me” destes utentes e desta equipa que tanto contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A relação que criei com os elementos da equipa foi muito especial, estes profissionais têm uma disponibilidade e sensibilidade tal que cativam qualquer pessoa a entrar no espírito da equipa, fazer parte dela e sentir-se integrado.

A conclusão que retiro desta experiência relaciona-se com a verificação de que a intervenção do EEER perante a pessoa na comunidade assume uma importância ímpar, por ser muito variada e sempre direccionada para a pessoa em situação de dependência e sua família; os fenómenos de maior interesse destes profissionais são a resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais dos

indivíduos, famílias e grupos. A missão destes profissionais é ajudar a pessoa e família a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar o seu bem-estar e qualidade de vida, utilizando todos os recursos disponíveis e ajudas técnicas possíveis - atuando sempre no contexto onde vivem as famílias.

De acordo com Meleis e Trangenstein (1994), “a enfermagem preocupa-se com o processo e experiências do ser humano nas quais a saúde e o bem-estar percebido são o resultado” (p.257), assim, no decorrer deste estágio tive a oportunidade de perceber que de facto o EEER assume um papel de destaque na facilitação dos processos de transição da pessoa e família na comunidade, intervindo de forma positiva na saúde e bem-estar das pessoas, como percebemos pelos exemplos que relatei.

A situação demográfica a que se assiste e a situação de dependência destes idosos representam uma transição situacional que tem implicações relacionadas com expectativas, conhecimentos, competências, bem-estar físico, psicológico e emocional (Schumaccher & Meleis, 1994) que é fundamental conhecermos pois só conhecendo podemos intervir. E quem melhor que o EEER para intervir perante esta realidade? Tendo em consideração as competências gerais e específicas do EEER, parece-me o profissional de excelência para dar o apoio necessário a estas pessoas no seu contexto de vida com vista à sua reabilitação, readaptação e reintegração na sociedade. Hesbeen (2001) defende que mesmo quando não é possível promover a autonomia e a resiliência, os Enfermeiros de Reabilitação são os profissionais que terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de contribuir para o bem-estar, para a serenidade e ajudar a pessoa, mesmo nas situações mais dependentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, I Série – A, N.º 109 (06-06-2006), 3856-3865;

- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: Criar novos caminhos* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do francês La réadaptation, 2001, Éditions Seli Arslan SA);
- Matthews, J., Dunbar, J., Serika, S., McDowell, J. (2004). Preventive health practices: comparison of family caregivers 50 and older. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (2), 46-54;
- Meleis, I., Trangestein, A. (1994). Facilitating Transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259;
- Pearlin, L., Zarit, H. (1993). Research into informal caregiving: current perspectives and future directions, In Zarit, Pearlin e Schaie (eds.), *Caregiving systems: formal and informal helpers* (155-167). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates;
- Schumacher, L & Meleis, I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.

Apêndice 13

Processo de Enfermagem do Sr. L.F.O.R. internado na ECCI

PROCESSO DE ENFERMAGEM DO SR. L.F.O.R. INTERNADO NA ECCI

INTRODUÇÃO

1. COLHEITA DE DADOS

1.1 Identificação do utente

1.2 Antecedentes Pessoais

1.3 História de doença atual

1.4 Diagnóstico Clínico

1.5 Medicação habitual

1.6 Exames Auxiliares de Diagnóstico

1.7 Data de Internamento na ECCI

1.8 Primeira avaliação (nota de admissão)

2. EXAME NEUROLÓGICO

2.1 Avaliação do Estado Mental de dia 17/12/2015

2.1.1 Estado de consciência

2.1.2 Atenção

2.1.3 Orientação

2.1.4 Memória

2.1.5 Linguagem

2.2 Avaliação dos Pares Cranianos

2.3 Motricidade

2.3.1 Força Muscular

2.3.2 Tónus Muscular

2.3.3 Coordenação Motora

2.3.4 Amplitudes Articulares

2.4 Sensibilidade

2.4.1 Sensibilidade Superficial

2.4.2 Sensibilidade Profunda

2.5 Equilíbrio e Marcha

2.5.1 Estático

2.5.2 Dinâmico

2.6 Outras avaliações relevantes

2.6.1 Medida de Independência Funcional

2.6.2 Índice de Barthel

2.6.3 Escala de *Braden*

2.6.4 Escala de *Morse*

2.6.5 Escala Analógica Visual de Dor

3. EXAME RESPIRATÓRIO

4. CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS

4.1 Respirar

4.2 Comer e beber

4.3 Eliminar

4.4 Movimentar-se e manter uma postura correta

4.5 Dormir e descansar

4.6 Vestir-se e despir-se

4.7 Manter a temperatura corporal nos limites normais

4.8 Higiene corporal e integridade da pele

4.9 Evitar os perigos

4.10 Comunicar com os seus semelhantes

4.11 Agir de acordo com as suas crenças e valores

4.12 Trabalhar / ocupar-se com vista a realizar-se

4.13 Divertir-se

4.14 Aprender

5. PLANO DE CUIDADOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTA DE SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
FR	Frequência Respiratória
HAS	Hemorragia Subaracnoideia
IMC	Índice de Massa Corporal
MIF	Medida de Independência Funcional
MV	Murmúrio Vesicular
NHF	Necessidade Humana Fundamental
OE	Ordem dos Enfermeiros
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SDVP	<i>Shunt</i> de Derivação Ventriculo Peritoneal
TAC	Tomografia Axial Computarizada
TCE	Traumatismo Cranio Encefalico
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1	Escala de comas de <i>Glasgow</i>
Quadro nº 2	Escala de avaliação da força muscular de <i>Lower</i>
Quadro nº 3	Escala Modificada de <i>Ashworth</i>
Quadro nº 4	Medida de Independência Funcional (MIF)
Quadro nº 5	Índice de <i>Barthel</i>
Quadro nº 6	Escala de <i>Braden</i>
Quadro nº 7	Escala de <i>Morse</i>
Quadro nº 8	Escala Analógica Visual de Dor (EVA)

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular opção II - Estágio com Relatório que se concretiza numa segunda fase pela realização de estágio numa ECCL da área da Grande Lisboa (integrado na UCC), foi-me proposta a realização de um processo de Enfermagem com a expectativa que contribua para o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A realização deste trabalho tem como objetivo principal contribuir para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro especialista e específicas do EEER – competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação à pessoa em situação de incapacidade, limitação da actividade ou restrição da participação em contexto comunitário, com vista à sua reabilitação e reintegração social, como preconizado pela OE.

Numa primeira fase do trabalho apresenta-se a colheita de dados, segue-se a avaliação neurológica, avaliação respiratória, caracterização das NHF e respetivo planeamento de cuidados, avaliação da intervenção definida e termino com as considerações finais. Para a colheita de dados foi fundamental a consulta do processo clínico (informático) e a entrevista realizada ao utente, família e restantes cuidadores informais. Na avaliação neurológica e respiratória consultei todos os documentos facultados/sugeridos aquando das unidades Curriculares Enfermagem de Reabilitação I e II. Para a caracterização das NHF e planeamento de cuidados segui o Modelo de Cuidados de Enfermagem de Virgínia Henderson segundo o qual a intervenção do enfermeiro depende das necessidades do utente e do seu nível de independência - a função da enfermeira incide em assistir a pessoa a desempenhar atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação, atividades que a pessoa realizaria se tivesse vontade, força ou conhecimento necessário (Henderson, 1994). Na avaliação da intervenção descrevo os resultados obtidos na prática e nas considerações finais apresento as principais conclusões deste trabalho e uma breve reflexão sobre as mesmas.

1. COLHEITA DE DADOS

1.1 Identificação do utente

Nome: L.F.O.R.

Idade: 68A

Língua Materna: Portuguesa

Raça: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Pessoa significativa: Primo (C.R.)

Estado civil: Solteiro

Profissão: Técnico de eletroencefalograma reformado

1.2 Antecedentes Pessoais:

Patologias conhecidas:

- Diabetes Mellitus tipo II (controlada - seguido em consulta privada de endocrinologia – medicado com Eucreas: vildagliptina/cloridrato de metformina 50/1000mg);
- Insuficiência cardíaca – (controlada - medicado com furosemido 40mg, Espironolactona 25mg, carvedilol 12,5mg, ivabradina 5mg);
- Dislipidémia – medicado com sinvastatina 20mg;
- Hepatite C crónica (contraída após transfusão sanguínea há cerca de 25 anos - iniciou tratamento com interferão que entretanto abandonou);
- Gastrite crónica – medicado com omeprazol 20mg;
- Acidente com explosivo há 40 anos com amputação parcial da mão direita e perda de 2º, 3º e 4º dedos;
- Doença de Parkinson – medicado com levodopa/carbidopa 25/100mg
- Doença inflamatória intestinal – medicado com Zir Fos SOS se diarreia;
- Síndrome depressivo – medicado com escitalopram 25mg; mirtazapina 30mg;

Internamentos:

- Internamento em 2006 por Hemorragia Subaracnoideia (HSA) com sequente hidrocefalia - necessidade de evacuação cirúrgica e colocação de *shunt* de derivação ventrículo-peritoneal (SDVP);
- Internamento em Junho de 2015 no serviço de Neurologia por crises epiléticas em contexto de lesões cerebrais sequelares – medicado com levetiracetam 750mg;
- Internamento em Agosto de 2015 (Neurocirurgia) após queda da qual resultou Traumatismo cranio encefálico – apresentava hidrocefalia aguda por disfunção do *shunt* – internado para tratamento cirúrgico (revisão da extremidade abdominal do SDVP);
- Internamento em Outubro de 2015 (Neurocirurgia) por quadro de prostração, cefaleias e vômitos, com uma semana de evolução – disfunção do SDVP – internado para tratamento cirúrgico:
 - 1ª intervenção: revisão da extremidade abdominal do SDVP a 31/10;
 - 2ª intervenção: remoção SDVP antigo com colocação de novo SDVP no ponto de Kocher esquerdo em 05/11;

1.3 História de doença atual:

Utente com antecedentes de SDVP colocado em 2006 na sequência de hidrocefalia em contexto de HSA.

Esteve internado no serviço de Neurologia em Junho de 2015 por crises epiléticas, tendo tido alta com marcha autónoma com apoio de andarilho.

Em Agosto de 2015 inicia quadro de desequilíbrio e quedas frequentes, tendo a mais aparatosa resultado num traumatismo crânio encefálico (TCE). O familiar refere lentificação e alterações mnésicas desde então. Foi avaliado no serviço de urgência a 8 de Agosto por quadro de prostração – apresentava hidrocefalia aguda por disfunção do *shunt*, tendo sido internado para tratamento cirúrgico (revisão da extremidade abdominal do SDVP a 10/08) verificando-se melhoria clínica, score de Glasgow de 14 (resposta verbal confusa), mobilizando os 4 membros e melhorado da lentificação psico-motora.

Em Outubro de 2015 por quadro de prostração, cefaleias e vômitos (com uma semana de evolução) foi internado novamente por disfunção do SDVP. Feita punção

da câmara do *shunt* com saída de cerca de 30cc de líquido límpido – após punção melhoria clínica. Dia 31/10 foi submetido a revisão da extremidade abdominal do SDVP. Dia 5/11 colocação de SDVP por ponto de Kocher à esquerda e remoção de SDVP prévio. No pós-operatório verificou-se agravamento do estado neurológico – mais lentificado, prostrado e com resposta motora fraca, apenas cumprindo ordens simples com o membro superior direito, discurso escasso. Manteve-se vigilância neurológica apertada, TAC de 25/11 mostrou funcionamento do novo SDVP, sem evidência de hidrocefalia pelo que não se colocou nova indicação cirúrgica. Tem alta clínica a 10/12 referenciado para esta ECCI.

1.4 Diagnóstico Clínico: HSA com hidrocefalia e sequente SDVP;

1.5 Medicação habitual:

	Jejum	P. Almoço	Almoço	Jantar	Ceia
Omeprazol 20mg	x				
Levetiracetam 750mg		x		x	
Sinvastatina 20mg					x
Furosemida 40mg	x				
Levodopa/ carbidopa 25/100mg		x	x	x	
Escitalopram 10mg		x			
Mirtazapina 30mg					x
Espironolactona 25mg	x				
Carvedilol 12,5mg		x		x	
Ivabradina 5mg		x		x	
vildagliptina/cloridrato de metformina 50/1000mg		x		x	
Paracetamol 100mg/ Metamizol Magnésico 575mg	sos				

1.6 Exames Auxiliares de Diagnóstico:

(Mais recentes)

TAC crânio encefálico de 3/12/2015: “hemorragia ventricular direita em reabsorção, lâmina subdural bilateral sem repercussão na superfície cerebral. Sem sinais de hidrocefalia ou novas alterações hemorrágicas”;

Urocultura de 8/12: Negativa;

RxTx de 30/11 sem alterações;

1.7 Data de Internamento na ECCL: 14 de Dezembro de 2015

1.8 Primeira avaliação (nota de admissão):

Na primeira visita (15/12), utente calmo, consciente e aparentemente desorientado em relação a si e ao meio envolvente. Discurso muito lentificado – comunica quando incentivado respondendo com discurso pobre que se torna confuso quando mais complexo.

Vive com o cuidador (primo - Neurologista reformado) num 1º andar sem elevador, antes consultório (consultório onde ambos desempenhavam a sua atividade profissional), agora transformado em casa de habitação. Condições habitacionais e de higiene adequadas. Acesso à rua através de escadas de madeira (íngremes). Tem assistente familiar particular que assegura diariamente os cuidados de higiene e conforto, alternância de decúbitos, prepara as refeições e por vezes alimenta o utente, trata da limpeza e arrumação da casa, etc. Recebe diariamente a visita de uma amiga (enfermeira reformada) que colabora nos cuidados (dentro das possibilidades – também idosa com vários problemas de saúde).

Dependente em grau elevado para todas as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Respiração: eupneico com respiração toraco-abdominal, amplitude normal e simétrica, SpO₂=96%, FR=15cpm. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular (MV) mantido, sem ruídos adventícios.

Circulação: Pulso rítmico e cheio. Membros sem edemas ou sinais de compromisso circulatório. TA=130/70mmHg; P=74bpm. Temp:36,6°C.

Alimentação: utente alimentado com dieta pastosa hipoglucídica e hipossalina. Apresenta disfagia para líquidos. Ingere líquidos com espessante com tolerância. Emagrecido. **Estado de nutrição** - Peso: 66Kg; Altura: 1,72m; Índice de Massa Corporal (IMC): 22,31Kg/m² → Risco de desnutrição. Glicémia capilar: 108mg/dl (em jejum).

Mobilidade: Apresenta força grau 3/5 em todos os segmentos e todos os movimentos, segundo a escala de *Lower*. Faz levantar diário para cadeirão com ajuda da assistente familiar, com ajuda total. Apresenta desequilíbrio estático para a direita em posição de sentado.

Higiene: Prestados os cuidados de higiene com ajuda total no leito, pela assistente familiar. Apresenta pele íntegra e corada, mucosas hidratadas e íntegras, cicatriz abdominal e craniana com boa evolução cicatricial.

Eliminação: Sem controlo dos esfíncteres vesical e intestinal, urina e evacua na fralda.

2. EXAME NEUROLÓGICO

A hemorragia Subaracnoideia (HSA) representa uma causa significativa de morbilidade e mortalidade em todo o mundo (McMahon, et al, 2012). A mortalidade associada a esta patologia pode atingir os 50%, no entanto, para os indivíduos que sobrevivem, o prognóstico continua a ser desfavorável apesar dos avanços da medicina e tecnologia: 20-33% ficam dependentes, 27-46% podem vir a desenvolver défices cognitivos a longo prazo, depressão e perturbações do sono (Ferro, Canhao & Peralta, 2008 & Gijn & Rinkel, 2001).

Hoeman (2011) refere que, para que se proceda à elaboração de um programa de reabilitação é fundamental que se realize uma cuidadosa avaliação inicial do utente, devendo nesta o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação colher dados – recorrendo à consulta do processo clínico e exames auxiliares de diagnóstico, observação física e entrevista à pessoa e família.

Para a individualização dos cuidados de Enfermagem, é fundamental a avaliação do utente e do seu estado de saúde com vista à elaboração do plano de cuidados. Uma correta neuroavaliação pode ser o sucesso do programa de Reabilitação, tal como a correta avaliação respiratória. O exame neurológico faz parte do exame físico geral do utente e deve incluir: avaliação do estado mental, avaliação dos pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha (Sousa, Alvo & Vieira, 2012) como apresento seguidamente.

2.1 Avaliação do Estado Mental de dia 17/12/2015

Para avaliação do estado mental devemos incluir avaliação do estado de consciência, estado de orientação, atenção, memória, capacidades práticas e linguagem sendo necessária capacidade cognitiva para o exame (Sousa, Alvo & Vieira, 2012).

2.1.1 Estado de consciência:

No dia 17/12 avaliamos a consciência através da escala de comas de Glasgow (quadro nº1) e percebemos que o sr L.S. apresentava um score 14 na escala de comas de *Glasgow* (Abertura ocular espontânea (4), resposta verbal confusa (4) e obedece a ordens (6) na resposta motora). Apresenta lentificação psicomotora marcada.

Quadro nº 1 – Escala de comas de *Glasgow*

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: <http://passeconcursosenfermagem.blogspot.pt/>

2.1.2 Atenção: (incapacidade para manter o foco numa atividade) - Utente hipovigil e incapaz de manter a atenção numa tarefa/atividade específica.

2.1.3 Orientação: aparentemente desorientado em relação a si próprio, tempo e espaço. Dificuldade em avaliar esta dimensão devido à lentificação apresentada.

2.1.4 Memória: Não foi possível avaliar esta dimensão de forma precisa devido à lentificação apresentada pelo utente, no entanto, a amiga que visita o utente refere que a memória relativa aos eventos do passado (memória remota) está preservada. Memória recente e imediata com alterações.

2.1.5 Linguagem: Apresenta discurso espontâneo (embora muito lentificado), aparentemente compreende (comandos simples), nomeia (por vezes) e repete (palavras curtas e simples).

2.2 Avaliação dos Pares Cranianos

I par craniano – olfativo (solicita-se à pessoa para, com os olhos fechados, identificar o odor de modo bilateral, ocluindo-se uma narina e posteriormente a outra, oferecendo cheiros fáceis de identificar como por exemplo café)

Não foi avaliado

II par craniano – ótico (por exame de confrontação testa-se a acuidade visual bilateralmente, pedindo-se para fechar um dos olhos e fazer a contagem dos dedos a várias distâncias)

Não foi avaliado

<div style="font-size: 4em; vertical-align: middle; display: inline-block;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"><p>III par craniano – oculomotor</p><p>IV par craniano – patético</p><p>VI par craniano – motor ocular externo</p></div>	<div style="font-size: 4em; vertical-align: middle; display: inline-block;">}</div> <p>Avaliados em simultâneo</p>
---	---

Pupilas de igual tamanho (3mm), reativas ao estímulo luminoso. Movimentos conjugados do globo ocular mantidos e simétricos.

IV par craniano – trigémio

Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano (oftálmica, maxilar e mandibular) não foi testada.

Presença do reflexo córneo-palpebral não foi testada.

Movimentos dos músculos mastigadores presentes.

VII par craniano - facial

Simetria facial.

Não foi testada capacidade de reconhecer sabores.

VIII par craniano – estato-acústico

Acuidade auditiva não foi testada

Acuidade vestibular (sensação de equilíbrio): equilíbrio estático sentado: apresenta desequilíbrio do tronco para a direita, estático, em posição de sentado.

Não foi testado equilíbrio dinâmico sentado.

Não foi testado equilíbrio estático/dinâmico em posição ortostática.

IX par craniano – glossofaríngeo

Reconhecimento de sabores no 1/3 posterior da língua (doce e salgado).

Não foi testado

X par craniano – vago

Reflexo de vômito presente. Voz por vezes “molhada”. Tosse eficaz.

XI par craniano – espinhal


Força do esternocleidomastoideu insuficiente na lateralização da cabeça contra resistência.

Força do trapézio insuficiente na elevação dos ombros contra resistência.

XII par craniano – grande hipoglosso

Propulsão antero-posterior da língua na linha média – dificuldade na tarefa com tremores presentes.

Lateralidade da língua para a direita e para a esquerda sem desvios, mantém tremores.



Associados ao Parkinson? Atenção à lentificação!

Úvula centrada.

Fossa piriforme sem acumulação de saliva.

2.3 Motricidade

Avalia-se força muscular, tónus, coordenação de movimentos e amplitudes articulares.

2.3.1 Força Muscular

Avaliação dos segmentos distais para os proximais, bilateralmente.

Utilizada escala de *Lower* (quadro nº 2)

Quadro nº 2 – Escala de avaliação da força muscular de *Lower*

- | | |
|---|--|
| 0 | Sem movimento ativo |
| 1 | Contração muscular visível ou palpável |
| 2 | ACMA com eliminação da gravidade |
| 3 | ACMA contra gravidade |
| 4 | ACMA contra gravidade e alguma resistência |
| 5 | ACMA contra gravidade e resistência normal |

ACMA: arco completo de movimento ativo.

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512009000400010

Deste modo:

0 - Sem contracção muscular e sem movimento;
1 - Contração palpável e/ou visível sem movimento;
2 - Tem movimento das extremidades mas não contra a gravidade (consegue mover o membro na base da cama);
3 - Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência;
4 - Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. Consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
5 - Movimento normal contra gravidade e resistência;

Avaliação da força muscular dia 28/10

Cabeça e pescoço: Força grau 3 nos movimentos de flexão e extensão, flexão lateral esquerda e direita e rotação.

Membros Superiores

Escapulo-umeral: Força grau 3 nos movimentos de flexão e extensão, abdução e adução, rotação interna e externa.

Cotovelo: Força grau 3 nos movimentos de flexão e extensão.

Antebraço: Força grau 3 nos movimentos de pronação e supinação.

Punho: Força grau 3 nos movimentos de flexão plantar, dorsi-flexão, devio radial e cubital e circundação.

Dedos: Força grau 3 nos movimentos de flexão e extensão, abdução e adução, circundação e oponência do polegar.

Membros Inferiores

Coxo-femural: Força grau 3 nos movimentos de flexão e extensão, adução e abdução, rotação interna e externa.

Joelho: Força de grau 3 nos movimentos de flexão e extensão.

Tibio-tarsica: Força grau 3 nos movimentos de flexão plantar e dorsal, inversão e eversão.

Dedos: Força grau 3 nos movimentos de flexão e extensão, adução e abdução.

2.3.2 Tónus Muscular

Reflexo propriocetivo, destinado a manter a postura corporal através de uma contracção permanente e adequada dos músculos.

Para perceber se existe aumento deste parâmetro (espasticidade) aplicou-se a escala Modificada de *Ashworth* (quadro nº 3)

Avaliou-se a espasticidade em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais (conforme na avaliação da força muscular). Avaliou-se bilateralmente, do distal para o proximal e percebeu-se que apresenta score 0 na escala modificada de *Ashworth* em todos os movimentos de todos os segmentos corporais (Nenhum aumento do tónus muscular).

Quadro nº 3 - Escala Modificada de *Ashworth*

0	Nenhum aumento no tônus muscular.
1	Leve aumento no tônus muscular manifestado pelo ato de prender e soltar ou por uma resistência mínima no final da amplitude de movimento (ADM) quando a parte afetada é movida em flexão ou extensão.
1 +	Leve aumento no tônus muscular, manifestado pelo ato de prender, seguido de uma resistência mínima por todo o resto (menos da metade) da ADM.
2	Um aumento mais marcado no tônus muscular pela maior parte da ADM, mas a parte afetada é facilmente mobilizada.
3	Aumento considerável no tônus muscular com movimento passivo difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512009000400010

2.3.3 Coordenação Motora

A avaliação da coordenação baseia-se na simetria, ritmo, alternância e rapidez dos movimentos.

Prova dedo-nariz: com os membros superiores em abdução a pessoa deve tocar a ponta do nariz com o dedo indicador – não foi avaliada devido à lentificação psicomotora que apresenta.

Prova calcanhar Joelho: em decúbito dorsal com os membros inferiores em extensão a pessoa deve tocar no seu joelho com o calcanhar do lado oposto. A prova deve ser repetida várias vezes (com olhos abertos e depois fechados) - não foi avaliada devido à lentificação psicomotora que apresenta.

2.3.4 Amplitudes Articulares

A amplitude articular não foi avaliada com equipamento adequado - goniômetro, no entanto não foram detectadas aparentes alterações na amplitude articular dos vários segmentos nos diversos movimentos durante as mobilizações.

Amplitude aparentemente sem compromisso na articulação escapulo-umeral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa), cotovelo (flexão e extensão), punho (flexão palmar, dorsi-flexão, desvio radial, cubital e circundação), antebraço

(pronação e supinação), dedos das mãos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oposição do polegar), coxo-femoral (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa), joelho (flexão e extensão), tíbio-tarsica (flexão plantar e dorsal, inversão e eversão), dedos dos pés (flexão e extensão, adução e abdução) – **bilateralmente**.


2.4 Sensibilidade

2.4.1 Sensibilidade Superficial:

- Tátil
 - Térmica
 - Dolorosa
- } Não foi avaliada

2.4.2 Sensibilidade Profunda:

- Sentido de pressão
- Sensibilidade vibratória (diapasão)
- Sensibilidade postural (posição dos segmentos em relação ao corpo)

 Não foi avaliada

2.5 Equilíbrio e Marcha

2.5.1 Estático – sentado e na posição ortostática - verificar se mantém posição, se apresenta oscilações ou desequilíbrios (laterais, anterior ou posterior).

Apresenta desequilíbrio lateral para a direita, do tronco em posição de sentado.

Não foi testado em posição ortostática.

Teste de Romberg: pessoa em posição ortostática, com os calcanhares unidos e pés separados a 30°, membros superiores ao longo do corpo, na posição anatômica e com olhos fechados durante um minuto. Não foi testado

2.5.2 Dinâmico – sentado e na posição ortostática – induz-se um ligeiro balancear no tronco da pessoa – esta deve compensar o movimento recuperando o equilíbrio.

Não foi testado

2.6 Outras avaliações relevantes:

2.6.1 Medida de Independência Funcional (quadro nº 4)

Quadro nº 4 – Medida de Independência Funcional (MIF)

NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL			
Níveis	Descrição		
DEPENDÊNCIA MODIFICADA	1	Ajuda Total (indivíduo > = 0%)	AJUDA
	2	Ajuda máxima (indivíduo > = 25%)	
	3	Ajuda Moderada (indivíduo > = 50%)	
	4	Ajuda Mínima (indivíduo > = 75%)	
	5	Supervisão	
	6	Independência modificada (ajuda técnica)	SEM AJUDA
	7	Independência completa (em segurança, em tempo normal)	
AUTOCUIDADO			
A – Alimentação			
B – Higiene pessoal			
C – Banho			
D – Vestir a metade superior			
E – Vestir a metade inferior			
F – Utilização do vaso sanitário			
CONTROLE DE ESFÍNCTERES			
G – Controle da Urina			
H – Controle das fezes			
MOBILIDADE – TRANSFERÊNCIAS			
I – Leito, cadeira, cadeira de rodas			
J – Vaso sanitário			
K – Banheira, chuveiro			
LOCOMOÇÃO			
L – Marcha / cadeira de rodas	Marcha=	Cadeira de Rodas=	
M – Escadas			
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão	Auditiva=	Visual=	
O – Expressão	Verbal=	Não Verbal=	
COGNIÇÃO SOCIAL			
P – Interação Social			
Q – Resolução de Problemas			
R – Memória			
ESCORE DA MIF	MOTORA:	COGNITIVA SOCIAL:	TOTAL:

Instrumento que avalia a capacidade funcional

No dia 17/12/2015 apresenta score de 31 na escala de Independência Funcional

No dia 15/01/2016 apresenta score de 35 na escala de Independência Funcional

2.6.2 Índice de *Barthel* (Quadro nº5)

Quadro nº 5 - Índice de *Barthel*

Alimentação:	
10	INDEPENDENTE. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.
5	AJUDA. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc
0	DEPENDENTE. Necessita ser alimentado por outra pessoa.
Banho	
5	INDEPENDENTE. Lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.
0	DEPENDENTE. Necessita algum tipo de ajuda ou supervisão.
Vestuário	
10	INDEPENDENTE. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário.
5	AJUDA. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
0	DEPENDENTE. Necessita ajuda para as mesmas.
Higiene pessoal	
5	INDEPENDENTE. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico
0	DEPENDENTE. Necessita alguma ajuda.
Dejeções	
10	CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.
5	INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
0	INCONTINENTE.
Micção.	
10	CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.
5	INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo
0	INCONTINENTE.
Uso do vaso sanitário	
10	INDEPENDENTE. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda
5	AJUDA. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.
0	DEPENDENTE.
Transferência (passagem cadeira-cama)	
15	INDEPENDENTE. Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.
10	AJUDA MÍNIMA. Necessita de ajuda ou supervisão mínimas.
5	GRANDE AJUDA. É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.
0	DEPENDENTE. Necessita ser transferido por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentado.
Deambulação	
15	INDEPENDENTE. Pode caminhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.
10	AJUDA. Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.
5	INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS. Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 m
0	DEPENDENTE.
Subir e descer escadas	
10	INDEPENDENTE. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão
5	AJUDA. Necessita de ajuda física ou supervisão.
0	DEPENDENTE. É incapaz de subir escadas.
A incapacidade funcional se calcula como:	
Severa: < 45 pontos.	Moderada: 60 - 75 pontos.
Grave: 45 - 55 pontos.	Leve: 80 - 100 pontos.
Pontuação Total:	

Instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida.

Classificação:

0-4 Muito Grave

5-9 Grave

10-18 Moderado

15-19 Ligeiro

20 Independente

No dia 17/12/2015 apresenta score na escala de *Barthel* de 0

No dia 15/01/2016 apresenta score na escala de *Barthel* de 5

2.6.3 Escala de *Braden* (Quadro nº 6)

Quadro nº 6 – Escala de *Braden* (risco de Úlcera de Pressão)

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Fonte: <http://www2.eerp.usp.br/Nepien/eventosadversos/mod1escbradeni.html>

Variação da Pontuação da Escala: 6 a 23 pontos.

Alto Risco: ≤ 16

Baixo risco: ≥ 17

Dia 17/12/15 apresenta score de 14 na escala de *Braden* (Alto Risco)

Dia 15/01/16 apresenta score de 16 na escala de *Braden* (Alto Risco)

2.6.4 Escala de Morse (Quadro nº7)

Quadro nº 7 – Escala de Morse (risco de queda)

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale</i> Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
<i>None/Bed rest/Nurse assist</i>	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
<i>Crutches/Cane/Walker</i>	Muletas/Bengala/Andador	15
<i>Furniture</i>	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
<i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i>	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
<i>Weak</i>	Fraca	10
<i>Impaired</i>	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
<i>Oriented to own ability</i>	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
<i>Overestimates/forgets limitations</i>	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte:

https://www.google.pt/search?q=escala+de+morse&es_sm=93&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0CCUQsARqFQoTCOLN7ePQ-cgCFUvbGgodbvYDrQ&biw=1280&bih=699#imgsrc=ja5QD76R9VmXaM%3A

Avalia risco de queda:

Alto Risco: > 50

Médio Risco: 25-50

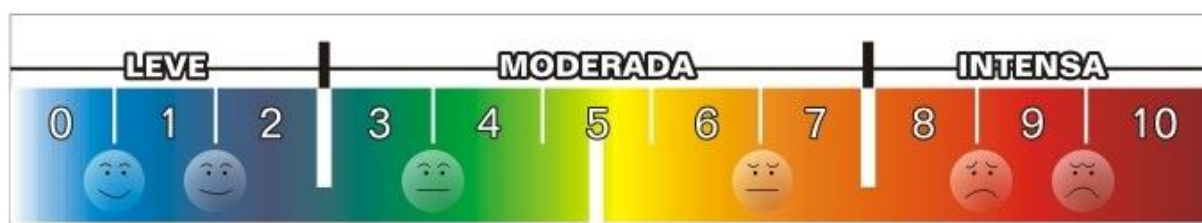
Baixo Risco 0-24

Dia 17/12/15 apresenta score de 55 na escala de Morse – Alto Risco

Dia 15/01/16 apresenta score de 55 na escala de Morse – Alto Risco

2.6.5 Escala Analógica Visual de Dor (Quadro nº8)

Quadro nº 8 – Escala Analógica Visual de Dor (EVA)



Fonte: <http://youfisio.blogspot.pt/2013/08/escala-analogica-visual-de-dor.html>

No dia 17/12 apresenta dor 1 segundo a EVA

No dia 15/01 apresenta dor 1 segundo a EVA

3. EXAME RESPIRATÓRIO

O sr L.S. não tem antecedentes pessoais nem familiares de patologia respiratória mas tinha hábitos tabágicos até 2006, cerca de 20U/dia (cerca de 30A). Primo e assistente familiar são fumadores ativos.

Apresenta morfologia torácica normal, sem assimetrias ou deformações visíveis e/ou palpáveis. Sem alterações cutâneas, nomeadamente cianose, cicatrizes, fístulas ou tumefações. Não se observam adenopatias (axilares, supraclaviculares ou cervicais).

Exame objetivo do tórax:

Inspeção: tórax simétrico, respiração toraco-abdominal, média amplitude;

Palpação: expansibilidade mantida e simétrica, sem deformações; vibrações vocais normais;

Percussão: som claro pulmonar;

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.

Radiografia de tórax: 30/11 “sem alterações”

FR=15cpm

Sat O₂=96%

Reflexo de tosse presente e eficaz, sem secreções brônquicas.

4. CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS (17/12)

4.1 Respirar

Dia 17/12 o sr L.S. encontra-se em respiração espontânea, eupneico com FR 15cpm, SpO2 96%.

Circulação: Pulso rítmico e cheio. Membros sem edemas ou sinais de compromisso circulatório. TA=130/70mmHg; P=74bpm.

Exame objetivo do tórax:

Inspeção: tórax simétrico, respiração toraco-abdominal, média amplitude;

Palpação: expansibilidade mantida e simétrica, sem deformações; vibrações vocais normais;

Percussão: som claro pulmonar;

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.

RxTx sem alterações (descrita a 30/11 pelo clínico).

4.2 Comer e beber

O sr L.S. dia 17/12 alimenta-se oralmente de dieta pastosa hipoglucídica e hipossalina de forma lentificada. Apresenta disfagia para líquidos. Ingere líquidos com espessante com tolerância. Emagrecido. **Estado de nutrição** - Peso: 66Kg; Altura: 1,72m; Índice de Massa Corporal (IMC): 22,31Kg/m² → Risco de desnutrição. Glicemia capilar: 108mg/dl (em jejum). Reflexo de vômito presente. Voz por vezes “molhada”. Tosse eficaz. Propulsão antero-posterior da língua na linha média – dificuldade na tarefa com tremores presentes. Lateralidade da língua para a direita e para a esquerda sem desvios, mantém tremores. Úvula centrada. Fossa piriforme sem acumulação de saliva.

Força do esternocleidomastoideu insuficiente na lateralização da cabeça contra resistência. Força do trapézio insuficiente na elevação dos ombros contra resistência.

4.3 Eliminar

O sr L.S. apresenta incontinência de esfínteres: vesical e intestinal. Urina e evacua na fralda. Apresenta fezes diarreias frequentes (associada a doença inflamatória intestinal) – já era padrão intestinal “normal” no passado.

4.4 Movimentar-se e manter uma postura correta

Apresenta desequilíbrio lateral para a direita, do tronco em posição de sentado.

Não foi testado equilíbrio estático em posição ortostática.

Não foi testado equilíbrio dinâmico sentado nem em posição ortostática.

4.5 Dormir e descansar

Apresenta períodos de sonolência diurna e pede constantemente para o “deitarem na cama”. Durante a noite dorme por longos períodos.

4.6 Vestir-se e despir-se

O sr L.S. é vestido e despido pela assistente familiar que cuida da sua higiene e conforto – utente não colabora neste processo.

4.7 Manter a temperatura corporal nos limites normais

O sr L.S apresenta-se normotérmico – 36,6°C. Quando fica sentado no cadeirão coloca-se cobertor nos membros inferiores para manter temperatura agradável. Quando questionado se sente calor ou frio responde negativamente.

4.8 Higiene corporal e integridade da pele

Prestados os cuidados de higiene e conforto com ajuda total no leito, pela assistente familiar. É feita higiene genital aquando da muda da fralda. Apresenta pele íntegra e corada, mucosas hidratadas e íntegras, cicatriz abdominal e craniana com boa evolução cicatricial.

4.9 Evitar os perigos

Apresenta alto risco de úlcera de pressão (escala de *Braden*) e alto risco de queda (escala de *Morse*).

4.10 Comunicar com os seus semelhantes

O sr L.S. apresenta discurso muito lentificado – comunica quando incentivado respondendo com discurso pobre que se torna confuso quando mais complexo. Apresenta discurso espontâneo (embora muito lentificado), aparentemente

compreende (comandos simples), nomeia (por vezes) e repete (palavras curtas e simples).

4.11 Agir de acordo com as suas crenças e valores

Não foi possível avaliar esta dimensão. A casa de habitação não apresenta objectos nem imagens que possam traduzir uma opção religiosa, no entanto a casa de habitação foi adaptada – era um escritório (será por esse motivo?).

4.12 Trabalhar / ocupar-se com vista a realizar-se

Até este momento não se desenvolveu qualquer actividade para satisfazer esta necessidade.

4.13 Divertir-se

Faz levantar para cadeirão e manifesta interesse e atenção pelas notícias apresentadas no telejornal. A amiga que o visita diariamente conversa com o utente assuntos do seu interesse (histórias do passado...).

4.14 Aprender

A função cognitiva não foi avaliada.

5. PLANO DE CUIDADOS

Data	NHF alterada	Objetivos	Intervenções Enfermagem	Avaliação
17/12	<p>Movimentar-se e manter uma postura correta</p> <p><u>Devido a:</u> Lesões intracranianas resultantes da HSA</p> <p><u>Manifestado por:</u> Força grau 3 em todos os movimentos de todos os segmentos corporais;</p> <p>Desequilíbrio (estático) lateral para a direita, do tronco em posição de sentado;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a integridade das estruturas articulares; - Manter a amplitude dos movimentos; - Conservar a flexibilidade; - Evitar aderências e contracturas; - Melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora; - Promover o aumento da força muscular; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a força muscular em todos os movimentos de todos os segmentos, do distal para o proximal, bilateralmente; - Avaliar o tônus muscular em todos os planos de movimento e nos vários segmentos, do distal para o proximal, bilateralmente; - Elaborar programa de reeducação sensório-motora: <p><u>Mobilizar cabeça e pescoço</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar cabeça e o pescoço de forma ativa assistida (flexão, extensão, flexão lateral esquerda e flexão lateral direita) repetidas 10x/dia; <p><u>Mobilizar Membros Superiores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar de forma ativa assistida os dedos (flexão, extensão, adução, abdução, circundação e oponência do polegar), punhos (flexão palmar, dorsi-flexão, desvio radial, desvio cubital e circundação), antebraços 	<p>17/12/2015</p> <p>Força grau 3 em todos os movimentos de todos os segmentos corporais, segundo a escala de avaliação da força muscular de <i>Lower</i>;</p> <p>Score 0 na escala modificada de <i>Ashworth</i> em todos os movimentos de todos os segmentos corporais (Nenhum aumento do tônus muscular);</p> <p>Mobilizados de forma ativa assistida todos os segmentos corporais em todos os movimentos 10x;</p> <p>A amplitude articular não foi avaliada com goniómetro, no entanto não foram detectadas aparentes alterações na amplitude articular dos vários segmentos nos diversos movimentos durante as mobilizações passivas.</p> <p>Realizado treino de equilíbrio estático sentado. Apresenta desequilíbrio do tronco para a direita.</p> <p>Posicionado no cadeirão com ajuda total (não</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir defeitos posturais; - Treinar o equilíbrio sentado e em posição ortostática (estático e dinâmico) 	<p>(pronação e supinação), cotovelos (flexão e extensão), articulação escapulo-umeral bilateralmente (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa) repetidas 10x/dia;</p> <p><u>Mobilizar Membros Inferiores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar de forma ativa assistida os dedos (flexão, extensão, adução, abdução), articulação tíbio-tarsica (flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão), articulação do joelho (flexão e extensão) e articulação coxo femural (flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa) repetidas 10x/dia; - Avaliar as amplitudes articulares em todos os movimentos descritos anteriormente; - Realizar mobilizações resistidas quando a força muscular o permitir e de acordo com a tolerância do utente; - Avaliar a coordenação motora quando o estado de consciência e força muscular o permitirem; 	<p>é capaz de realizar pequenos ajustes na posição) – alertados cuidadores para a importância de alternar decúbitos que têm realizado;</p> <p>Inicia técnica de levantar com carga nos membros inferiores – realizada 5x/d</p> <p>Score de 31 na escala de Medida de Independência Funcional; Score de 0 na escala de <i>Barthel</i> (muito grave); Score de 14 na escala de <i>Braden</i> (alto risco); Score 55 na escala de Morse (alto risco de queda);</p> <p>15/01/2016</p> <p>Score 0 na escala modificada de <i>Ashworth</i> em todos os movimentos de todos os segmentos corporais (Nenhum aumento do tônus muscular);</p> <p>Força grau 3 em todos os movimentos de todos os segmentos corporais, segundo a escala de avaliação da força muscular de <i>Lower</i>;</p> <p>Realizadas mobilizações ativas assistidas de todos os segmentos corporais em todos os movimentos, repetidas 10x A amplitude articular não foi avaliada com goniómetro, no entanto não foram detectadas</p>
--	--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sensibilidade superficial e profunda quando o estado de consciência o permitir; - Realizar atividades terapêuticas: automobilizações (sentado no cadeirão), treino de equilíbrio sentado, levante e transferência (cadeirão para CR e vice versa); - Incentivar utente e cuidadores para a realização das automobilizações durante o dia (realizar 10x repetir 2x dia); - Alertar cuidadores para a necessidade de alternância de decúbitos do utente durante o período nocturno (cama) e diurno (cadeirão/CR e cama); - Proporcionar pequenos momentos de repouso no leito durante o dia (para alívio de pressão da CR e cadeirão e para satisfazer em parte esta vontade do utente); - Posicionar a pessoa no cadeirão com ajuda total numa primeira fase, assistir no posicionamento numa fase intermédia e fazer a sua 	<p>aparentes alterações na amplitude articular dos vários segmentos nos diversos movimentos durante as mobilizações ativas assistidas.</p> <p>Mantém treino de equilíbrio estático sentado. Mantém desequilíbrio do tronco para a direita.</p> <p>Iniciou atividades terapêuticas: automobilizações (sentado no cadeirão) que vai realizando de forma assistida. Incentiva-se utente e cuidadores para a realização das automobilizações durante o dia 10x repetir 2xd que não cumprem;</p> <p>Mantém treino de levante e iniciou técnica de transferência cadeirão/CR (e vice versa) que faz com grande ajuda;</p> <p>Faz carga nos membros inferiores e dá pequenos passos com apoio de auxiliar de marcha (andarilho) e terceiros (enfermeiras bilateralmente) – Alto risco de queda!</p> <p>Posicionado no cadeirão com grande ajuda, no entanto já faz frequentes (embora pequenos) ajustes na posição dos segmentos corporais;</p> <p>Tem mola para exercitar dedos das mãos, pulsos e antebraços de forma resistida que vai</p>
--	--	--	---	--

			<p>supervisão (e incentivar) numa fase posterior – de acordo com as regras de alinhamento corporal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio ortostático e marcha quando estado de consciência, força muscular e coordenação motora o permitirem; - Realizar treino de marcha controlada quando a motricidade o permitir; - Realizar treino de atividades de vida diária de acordo com a necessidade e grau de dependência/ independência; - Avaliar a necessidade e aconselhar ajudas técnicas; - Alertar cuidadores para a necessidade de estimular utente para o autocuidado – dando-lhe tempo para realizar as atividades em vez de o substituir; 	<p>realizando com ajuda;</p> <p>Providenciamos peso de 0,5Kg e iniciou treino muscular resistido ao nível dos membros superiores que vai fazendo com dificuldade – reforço positivo e incentiva-se;</p> <p>Score de 35 na escala MIF;</p> <p>Score de 55 na escala de <i>Morse</i>;</p> <p>Score de 5 na escala de <i>Barthel</i> (grave);</p> <p>Score de 16 na escala de <i>Braden</i>;</p> <p>28/01/2016</p> <p>Sem alterações da força muscular, tónus e amplitude articular relativamente à avaliação anterior;</p> <p>Mantém atividades terapêuticas: automobilizações (sentado no cadeirão) que vai realizando de forma ativa-assistida. Realiza a ponte (deitado na cama) com ajuda na fixação dos pés na base da cama. Incentiva-se utente e cuidadores para a realização das automobilizações durante o dia 10x repetir 2xd e treinar a ponte 5x repetir 2xd que cumprem ocasionalmente;</p> <p>Mantém treino de levantar e treino de técnica de transferência cadeirão/CR (e vice versa) que faz com ajuda moderada;</p>
--	--	--	---	--

				<p>Faz carga nos membros inferiores e dá pequenos passos com apoio de auxiliar de marcha (andarilho) e terceiros;</p> <p>Desloca-se com grande ajuda ao WC 1xsemana (em CR) para banho no chuveiro (demonstrou vontade em tomar banho total 1xsemana no WC) – participa ativamente nas tranferências CR/cadeira sanitária e necessita de grande ajuda para subir o degrau que dá acesso ao chuveiro (mas participa ativamente nesta tarefa);</p> <p>Mantém treino muscular resistido ao nível dos membros superiores que vai fazendo com dificuldade e necessita de ajuda moderada na actividade;</p> <p>Score de 50 na escala MIF; Score de 65 na escala de <i>Morse</i>; Score de 15 na escala de <i>Barthel</i>; Score de 16 na escala de <i>Braden</i>;</p> <p>Plano: Monitorização MIF 15-15d Monitorização escala <i>Morse</i> 15-15d Monitorização Índice <i>Barthel</i> 15-15d Monitorização escala <i>Braden</i> 15-15d</p> <p>Cumprir plano de cuidados individualizado e adaptá-lo se necessário;</p>
--	--	--	--	--

Data	NHF alterada	Objetivos	Intervenções Enfermagem	Avaliação
17/12	<p>Comer e Beber alterado</p> <p><u>Devido a:</u> Lesões intracranianas resultantes da HSA</p> <p><u>Manifestado por:</u> Incapacidade em se alimentar sozinho da dieta hipoglucídica e hipossalina; Disfagia para líquidos; Risco de desnutrição; Dificuldade na propulsão antero-posterior da língua na linha média e na lateralização para</p>	<p>- Manter nutrição e hidratação adequadas;</p> <p>- Manter pele e mucosas hidratadas</p> <p>- Alimentar-se e ingerir líquidos sem disfagia;</p> <p>- Readquirir a capacidade para se alimentar sozinho;</p> <p>- Realizar a propulsão antero-posterior e lateralização (dta e esq^a) da língua sem dificuldade;</p> <p>- Ter força suficiente no esternocleidomastoideu para lateralizar a</p>	<p>- Avaliar sinais de desidratação;</p> <p>- Avaliar sinais de desnutrição;</p> <p>- Vigiar características da urina;</p> <p>- Testar disfagia - observar e avaliar o controlo da cabeça em posição de sentado; avaliar a simetria da face e dos lábios; observar a capacidade da pessoa para fechar os lábios firmemente; observar a simetria interna da boca; observar o estado geral dos dentes; avaliar pares craneanos envolvidos na deglutição - V, VII, IX, X, XI e XII);</p> <p>- Garantir a hidratação (uso de espessante nos líquidos);</p> <p>- Garantir a nutrição, assistindo a pessoa a alimentar-se utilizando as estratégias adaptativas necessárias (recorrer por exemplo a manobras posturais para facilitar progressão dos alimentos pela via digestiva e protecção da via aérea);</p>	<p>17/12/2015</p> <p>Não apresenta sinais de desidratação. IMC=22,31Kg/m2 → Risco de desnutrição. Anorexia. Pele e mucosas coradas, hidratadas Urina clara e límpida.</p> <p>Testada disfagia (quando sentado no cadeirão) – apresenta disfagia para líquidos pelo que mantém dieta pastosa (hipossalina e hipoglucídica) que tolera. Ingera líquidos com espessante.</p> <p>Propulsão antero-posterior da língua na linha média – dificuldade na tarefa com tremores presentes. Lateralidade da língua para a direita e para a esquerda sem desvios mas com tremores. Úvula centrada. Fossa piriforme sem acumulação de saliva. Reflexo de vômito presente. Voz por vezes “molhada”. Tosse eficaz.</p> <p>Força do esternocleidomastoideu insuficiente na lateralização da cabeça contra resistência. Força do trapézio insuficiente na elevação dos ombros contra resistência.</p> <p>Assiste-se na alimentação com ligeira flexão da cabeça (para garantir melhor protecção da</p>

	<p>a direita e para a esq^a.</p> <p>Força do esternocleidomastoideu insuficiente na lateralização da cabeça contra resistência.</p> <p>Força do trapézio insuficiente na elevação dos ombros contra resistência.</p>	<p>cabeça contra resistência;</p> <p>Ter força suficiente no trapézio para elevação dos ombros contra resistência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alertar cuidadores para a existência de alimentos com 2 consistências (ex: laranja); - Evitar distrações para que o utente se mantenha atento ao processo de deglutição (desligar TV); - Proporcionar ambiente calmo e agradável no momento da refeição (pessoa que assiste o utente a alimentar-se deve adotar postura calma e tranquila - não pressionar utente a cumprir tempos ditos “normais” nem ultrapassar tempo de refeição considerado limiar para cada pessoa); - Alertar cuidadores para a inclusão nas refeições dos alimentos da preferência do utente (adequados ao gosto, necessidades e restrições necessárias); <p>Plano de exercícios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar exercícios para aumentar a resistência da língua (sentado em frente a um espelho): <ul style="list-style-type: none"> .Protruir e retrain a língua 10x; .Lateralizar a língua (dta/esq^a) 10x; 	<p>via aérea) - ensina-se cuidador e assistente familiar (durante a deglutição, a flexão da cabeça estreita significativamente a entrada da via aérea);</p> <p>Incentiva-se assistente familiar a utilizar os ingredientes ajustados às preferências alimentares do utente (dentro das restrições necessárias de acordo com as patologias apresentadas);</p> <p>Incentiva-se cuidador a não ultrapassar 1h por cada refeição que administra ao utente (cansaço do utente e cuidador) – passava 2h a administrar pequeno-almoço;</p> <p>15/01/2016</p> <p>Sem alterações relativamente à última avaliação (exceto que apresenta voz “limpa”);</p> <p>Incentiva-se a alternar a pessoa que assiste o utente a alimentar-se (para evitar exaustão do utente e cuidador) – cuidador fica sempre ansioso (utente não ingere a quantidade de alimentos que o cuidador idealizou). Cuidador apresenta grande dificuldade em alimentar o utente (que raramente acontece quando assistente familiar o alimenta, mas esta não tem disponibilidade para o alimentar sempre);</p>
--	--	--	--	--

			<p>.Empurrar as bochechas com a ponta da língua 10x;</p> <p>- Realizar exercícios para aumentar a resistência do esternocleidomastoideu na lateralização da cabeça:</p> <p>.Lateralizar cabeça contra resistência 10x (para a direita e para a esquerda)</p> <p>- Realizar exercícios para aumentar a resistência do trapézio na elevação dos ombros:</p> <p>.Elevação dos ombros contra resistência 10x</p> <p>.Abdução da escápulo-umeral com peso de 0,5Kg (colocado no punho) 10x</p> <p>- Estimular a pessoa a alimentar-se sozinha (utilizando produtos de apoio e estratégias adaptativas) quando a força muscular, estado de consciência e capacidade de deglutição o permitirem;</p>	<p>Incentiva-se cuidador e assistente familiar a desligar TV aquando da refeição (para evitar distrações) – explicado ao utente a importância dessa actividade (estavam a utilizar a TV como forma de manter utente desperto mas não estava a funcionar);</p> <p>Iniciam-se ensinamentos sobre exercícios a realizar para aumentar resistência da língua, esternocleidomastoideu (na lateralização da cabeça) e trapézio (na elevação dos ombros). Dificuldade na compreensão dos exercícios... mas vai realizando depois de exemplificados;</p> <p>28/01/2016</p> <p>Não apresenta sinais de desidratação. Pele e mucosas coradas, hidratadas. Urina clara e límpida.</p> <p>Teste de disfagia negativo para líquidos, alimentos pastosos e moles (não foram testados sólidos pois recusa colocar a prótese dentária);</p> <p>Propulsão antero-posterior e lateralização (dta e esq^a) da língua sem dificuldade, desvios ou tremores. Úvula centrada. Fossa piriforme sem acumulação de saliva. Reflexo de vômito presente. Voz limpa. Tosse eficaz;</p>
--	--	--	---	---

				<p>Força do esternocleidomastoideu insuficiente na lateralização da cabeça contra resistência;</p> <p>Força do trapézio insuficiente na elevação dos ombros contra resistência;</p> <p>Progride-se na dieta para mole e incentiva-se utente a alimentar-se com a própria mão – neste dia alimentou-se de puré e carne moída de forma autónoma. Ensina-se e incentiva-se cuidador e assistente familiar a darem tempo ao utente para realizar as tarefas inerentes à realização das AVD, nomeadamente no alimentar-se;</p> <p>Plano:</p> <p>Manter exercícios para aumentar resistência da língua, esternocleidomastoideu (na lateralização da cabeça) e trapézio (na elevação dos ombros) – com maior ênfase nestes últimos;</p> <p>Progredir gradualmente na dieta de acordo com a tolerância, gosto do utente e eventual aceitação da prótese dentária;</p>
--	--	--	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho resulta da minha intervenção no estágio em contexto comunitário numa ECCI da zona de Lisboa, incluído na Unidade Curricular Estágio com Relatório e desenvolveu-se em articulação com todas as unidades curriculares deste 6º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, na medida em que mobilizei conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas durante todo este percurso, para a realização deste processo de Enfermagem pelo que considero este trabalho de extrema importância.

O presente trabalho permitiu descrever os diferentes passos para elaboração de um programa de Reabilitação e possibilitou a sua aplicação na prática: colheita de dados, exame neurológico (recorrendo a várias escalas de avaliação), exame respiratório, caracterização das necessidades reais da pessoa, elaboração do plano de cuidados e avaliação/reformulação da intervenção de acordo com as necessidades reais da pessoa.

O plano de cuidados que defini para este utente não se limita às intervenções acima expostas, no entanto, dada a complexidade e limitações desta pessoa optei por apresentar as NHF que mais se encontram alteradas e onde a intervenção do EEER se demonstra crucial. Outras intervenções estão planeadas para outras necessidades desta pessoa – a serem colocadas em prática quando o utente apresentar outras capacidades desenvolvidas (e quando estado de consciência e força muscular o permitirem).

A realização deste trabalho apresentou inúmeras vantagens pois permitiu a aplicação prática de toda a teoria apreendida até esta fase, permitiu avaliar a situação de risco no que respeita à possibilidade de desenvolvimento de incapacidades, intervir precocemente na fase aguda da doença, estabelecer um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação que permita a pessoa preservar, desenvolver e valorizar o seu potencial de reabilitação e reformular esse programa sempre que necessário, assumindo a promoção dos cuidados como membro de uma equipa multiprofissional. Neste sentido considero atingidos os objetivos a que me propus.

A implementação de escalas e instrumentos de medida permitiu monitorizar a intervenção de enfermagem de reabilitação, como preconizado pela OE,

demonstrando a eficácia dos cuidados prestados exigindo reformulações constantes no programa de reabilitação.

Num determinado momento coloquei a hipótese de aplicar uma escala ao cuidador informal do utente (primo) que avaliasse o impacto físico, emocional e social do seu papel de cuidador informal, para poder quantificar o seu cansaço mas achei que o incómodo para o cuidador *versus* benefício para o plano de cuidados e para o utente não justificava esta minha vontade. Assim, fez-se apenas uma avaliação qualitativa e percebeu-se que este cuidador apresentava sinais claros de cansaço físico e emocional: manifestou grande necessidade em descansar e como tal referenciamos o utente para uma ULDM por necessidade de descanso do cuidador. Esta referenciação foi importante na medida em que permitiu compreender a importância do EEER na avaliação das necessidades do utente e família na comunidade, articulação com outros profissionais de saúde e possibilitou ainda conhecer as diligências que têm de ser cumpridas no processo de referenciação de utentes para outras unidades da RNCCI.

Com este trabalho uma conclusão que emerge é que o programa de reabilitação não é estático nem linear tal como o cuidado ao utente e família, que se espera individualizado/adaptado às suas reais necessidades. Também Costa (2006) se refere ao cuidar como um desafio à criatividade e à inovação na construção de soluções, infundidas em abordagens integradoras, dignificantes e humanizadas.

Em associação com o trabalho desenvolvido foi realizada simultaneamente a reflexão e análise das situações vivenciadas, com vista a melhoria da prática de cuidados. Falo em prática reflexiva - prática que tem por base a reflexão - e representa um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem a adquirir um conhecimento profundo dos seus saberes e da sua prática (Santos & Fernandes, 2004), o que significa que o tempo para refletir é fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, M. (2006). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. 2. ed. Coimbra: Formasau;
- Ferro M., Canhao, P. & Peralta, R. (2008). Update on subarachnoid haemorrhage. *Journal of neurology*. 255 (4): 465-79;
- Gijn, J., Rinkel, J. (2001). Subarachnoid haemorrhage: diagnosis, causes and management. *Brain: a journal of neurology*. 124 (Pt 2): 249-78;
- Henderson, V. (1994). *La Naturaleza de la Enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación - reflexiones 25 años después*. Madrid: Interamericana, 1994;
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação* (M. Abecasis, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês *Rehabilitation Nursing – Process and Application*, 1986, Mosby, 2nd Edition);
- McMahon, J., Hopkins, S., Vail, A., King, T., Smith, D., Illingworth, J., et al. (2012). Inflammation as a predictor for delayed cerebral ischemia after aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Journal of neurointerventional surgery*;
- Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa idosa com AVC. In M. Cordeiro, E. Menoita (Coords). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente* (p. 25-190). Loures: Editora Lusociência;
- Santos, F. & Fernandes, A. (2004), Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, 11, 59 – 62;

ANEXOS

Anexo 1

Avaliação realizada pelo orientador de estágio da UCI

ANEXO II

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Clara de Jesus Fernandes Gonçalves

Local de Estágio: [Redacted] Unidade Cuidados Início: 28/9/15 Fim: 27/11/15
Intensivos

Orientador: Gtfe [Redacted]

A Enfermeira Clara Gonçalves integrou-se
na equipa sem dificuldade.
Attingiu os objectivos propostos sem dificuldade,
com classificação final de muito bom.

DATA:

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
	<u>[Signature]</u>	<u>[Redacted]</u>	<u>Clara Gonçalves</u>

Anexo 2

Avaliação realizada pelo orientador de estágio da ECCI

VI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENSINO CLÍNICO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS
[REDACTED]

Fundamentação da Menção Qualitativa da Aluna Clara Gonçalves

Na avaliação relativamente ao período de 30 de Novembro de 2015 a 12 de Fevereiro de 2016 a Sra. Enf.^a Clara Gonçalves demonstrou excelente à-vontade na execução das suas actividades organizando o seu trabalho de modo eficiente e tendo apoiado a sua argumentação e descrição das competências a adquirir em evidências científicas, de forma a atingir os objectivos delineados para este ensino clínico.

No domínio da responsabilidade profissional, ética, legal e gestão de qualidade demonstrou ter conhecimentos que lhe permitiram desenvolver as suas actividades corretamente, de forma segura e sempre com uma atitude de interesse em melhorar a qualidade do seu desempenho. Mobilizou apropriadamente todos os recursos disponíveis na UCC [REDACTED] e Comunidade, desenvolvendo um processo de avaliação para cada utente em concreto.

Foi evidente o seu sentido de responsabilidade na elaboração de programas de reabilitação planeados para o utente e família, tendo em conta a sua situação em particular (incluindo o contexto pessoal, familiar, social, económico e ambiental).

Na área relacional apresentou uma excelente capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar, assegurando a transmissão da informação e demonstrando assertividade nas mais diversas situações.

Relativamente ao utente e família demonstrou cuidado na avaliação das suas necessidades actuando de forma atempada e estabelecendo com muita facilidade uma relação empática.

É de salientar o seu notório envolvimento/ preocupação junto de todos os utentes da Unidade, independentemente das necessidades específicas da especialidade de enfermagem de reabilitação.

No domínio da gestão de cuidados utilizou os instrumentos de avaliação e material disponível na unidade/domicílio dos utentes garantindo a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, elaborando planos de cuidados personalizados e realizando os registos diários na Plataforma da Rede de Cuidados Continuados, assim como os focos, respetivas intervenções e avaliações em registos CIPE/SAPE.

Lisboa, 1 de Fevereiro de 2016

Enfermeira Especialista Reabilitação

[Redacted]

[Redacted]

Considera-se Avaliação Global de

Muito Bom

Orientador S&S2,

[Signature]

Estudante,

Clara Gonçalves

